متوسع شده میباشد.

تداوی:-

چون ایتولوژی مرض معلوم نیست بناءً تداوی سببی ندارد. از اینرو در این جا هم مثل Achalasia کوشش میشود که توسط یك عملیه جراحی بالای قسمت های متضیق و Spastic یك شق طولانی اجراء و عضلات Spastic قطع و بریده شود. تا جلوی Spasm گرفته شود اما یك نقطه بسیار مهم در اثناء عملیات این است که باید قبل از عملیات توسط معاینات رادیولوژیك بسیار دقیق و سنجیده شده نواحی Spastic و متضیق معلوم و موقعیت و اندازه آن یا طول آن تثبیت گردد.

تداوی جراحی در این جا مانند Achalasia نتیجه بسیار خوب نمیدهد. از اینرو در انتخاب مریض بسیار دقت شود و عموماً مریضان که بسیار عصبی نباشند و درد های بسیارشدید دارد برای عملیات انتخاب گردد.

Pharyngo Esophagial Diverticulitis:-

عبارت از رتج هایست که در محل اتصال مری و بلعوم بوجود میآید این رتج ها بسیار عمومیت دارد بدبختانه رتج های مذکور به صورت کسبی بوجود آمده و پائین تر از سن 30 سالگی بوجود نمی آید یا دیده نمیشود مگر بالاتر از 50 سالگی بسیار عمومیت دارد.

اعراض و علایم سریری:-

اعراض بسیار عمده این مرض احساس بندش مواد غذائی در زمان بلع میباشد این مریضان حکایه میکنند که در زمان نوشیدن آب و مایعات در حذائی گلوی آنها یك نوع آواز تولید میشود و همچنان حکایه مینمایند که یك قسمت از غذائی که قبلاً آنرا خورده دوباره به دهنش رجعت مینماید که بوی بد دارد مواد غذائی بعضاً بسیار دیرتر باز گشت مینماید و بعضاً فقط بعد از خوردن دوباره به دهن مریض رجعت مینماید بعضاً غذا بسیار دیرتر بازگشت مینماید حتی در بعضی حالات وقتی که مریض به خواب برود غذای خورده شده دوباره به دهنش بازگشت نموده که مریض را از خواب بیدار میسازد. همچنان این مریضان یك اندازه مشکلات بلع نیز میداشته باشند و در وقت خوردن غذاء یك یا چند مرتبه یك اندازه غذاء دوباره به دهن اش میآید. در اشکال وخیم مرض باختن وزن، خستگی، خپ شدن آواز و آفات مختلف تقیحی ریه نیز دیده میشود. اگر رتج تداوی نشود آهسته آهسته بزرگ گردیده و سبب انسداد تام مری شده میتواند.

تداوی:

تداوی این مرض کمی مشکل بوده و اندازه و فیات زیاد است قبل از اینکه مریض عملیات شود باید اول تمام مواد غذائی و افرازات که در رتج موجود است از رتج کشیده شود آفات ریوی تقیحی تداوی گردد. حالت عمومی مریض که از سبب نـ خوردن غذاء خراب است

اصلاح گردد. و بعد به عملیات اقدام شود. در اثنای عملیات رتج از محیط خود آزاد و از قاعدهء آن قطع میگردد.

-:Epiphrenic Diverticulum

این رتج ها عموماً در قسمت سفلی بخش صدری مری فقط 10cm بالاتر از cardia بوجود میاید و عبارت از تفتق غشائی مخاطی و تحت مخاطی مری در طبقه عضلی یعنی طبقه مخاطی و تحت مخاطی مری در طبقه عضلی داخل شده و رتج فوق را بوجود میاورد این رتج ها اکثراً با تشوشات تحرکیت مری و آفات حجاب حاجز یکجا دیده میشود.

اعراض وعلایم:-

طوریکه قبلاً گفتیم چون رتج های مذکور عموماً با دیگر آفات حجاب حاجز و تشوشات تحرکیت مری یکجا دیده میشود از این رو اعراض و علایم مشخص ندارد. صرف این قدر گفته میتوانیم که در این مریضان مشکلات بلع موجود بوده و غذائی را که میخورند اکثراً دوباره به دهن اش رجعت میکند.

تشخیص:-

توسط اعراض سریری و معاینات رادیولوژیك وضع شده میتواند.

تداوی:-

تداوی این مرض مربوط به شدت و وخامت اعراض سریریست. در حالات که اعراض سریری بسیار خفیف و یا هیچ موجود نباشد

ضرورت به عملیات نیست و از تداوی محافظوی استفاده میشود. لیکن در حالاتیکه اعراض شدید باشد و یا اینکه همراه باین مرض کدام آفت دیگر که عملیات جراحی را ایجاب میکند یکجا موجود باشد از مداخلهء جراحی استفاده میشود. قبل از مداخله جراحی باید تمام مواد غذائی و افرازات از رتج دور گردد و مری خوب پاك ساخته شود بعد از آن Left thoracotomy اجراء گردیده و رتج از قاعده آن قطع و فوحه دوخته میشود.

:Mid Esophagial Diverticulum

بنام Para Bronchiai دیورتیکولوم نیز یاد میگردد. این قسم رتج های مری عموماً در اثر کشش و Traction بوجود میاید که سبب کشش فوق التصاقات محیط مری بوده که بعد از التهابات منصف و یا التهابات عقدات لمفاوی Para Bronchial بوجود میاید. گرچه ترضیضات و نیوپلازم هم سبب التصاقات فوق شده میتواند.

اعراض‌وعلایم:-

چون سبب این رتج ها آفات التهابی ونیوپلاستیك میباشد بناً اعراض فوق با اعراض رتج یکجا دیده میشود (اعراض مشخص ندارد)

تشخیص:-

برای تشخیص این مرض از اعراض و معاینات رادیولوژیك استفاده شده میتواند مگر برای اینکه منشاء حقیقی آفت معلوم گردد

باید در پهلوی اعراض و معاینات رادیولوژیك معاینات لابراتواری و باکتریولوژیك نیز اجراء گردد.

تداوی:-

در صورت که اعراض بسیار خفیف و یا موجود نباشد به کدام تداوی ضرورت نیست اما در حالات که اعراض شدید و رویه وخامت باشد باید مداخله جراحی صورت گرفته و رتج قطع شود.

-:Esophagial Hiatal Hernia

به صورت عموم بدو قسم است.

-:Para Esophagial Hiatal Hernia -1

چون در این شکل محتوی فتق از یك Defect ولادی حجاب حاجز که در پهلوی فوحه Hiatus واقع است داخل جوف صدر میگردد. و از خود فوحه Hiatus داخل نمیشود. ازینرو بنام Para esophagial hiatal hernia یاد میگردد در فتق های مذکور بعضاً Defect حجاب حاجزی بسیار کلان بوده که در این اشکال تمام معده داخل جوف صدر شده میتواند و یا اینکه یك قسمت زیاد معده داخل جوف صدر میگردد.

اختلاطات:-

اختلاطات بسیار عمده آن که عمومیت نیز دارد عبارت از نزف، انسداد ، تدور و اختناق است نزف از سبب تخریش و زخمی شدن غشائی مخاطی آن قسمت معده پیدا میشود که تفتق نموده است. و

انسداد عموماً در حالات پیدا میشود. که Defect ولادی - حجاب حاجز بسیار کلان بوده و قسمت زیاد معده و یا تمام معده داخل جوف صدر گردد که در این اثناء در اثر فشار زیاد و یادر اثر تدور یا قات شدن پیدا شده و در صورتیکه تدور شدید باشد اختناق و گانگرین بوجود آمده میتواند در بعضی حالات علاوه براینکه معده داخل جوف صدر گردیده بخش های دیگر احشائی بطن از قبیل امعاء، ثرب و طحال نیز داخل صدر میشود.

تداوی:-

چون در این آفت اختلاطات وخیم که فوقاً ذکر نمودیم پیدا شده میتواند از اینرو وقتی که تشخیص وضع شد بدون در نظر داشت وخامت و یا خفیف بودن اعراض باید مریض عملیات گردد.

-:Sliding Esophagial Hiatal hernia

در این شکل چون محتوی فتق از فوحه Hiatus داخل جوف صدر میگردد از اینرو بنام Esophagial Haital Hernia حقیقی نیز یاد میشود. فتق فوق هم به صورت ولادی و هم به صورت کسبی بوجود آمده میتواند (بدوقسم است ولادی و کسبي) در این فتق یك قسمت معده و اتصال مری معدوی بعضاً به طرف بالا رفته و داخل صدر میگردد که در این اثناء فشار صدر بالا میرود و بعضاً به طرف پائین آمده و داخل جوف بطن میگردد و سبب بلند رفتن فشار جوف بطن میگردد (زیرا فوحه Hiatus به صورت ولادی و یا کسبی کلان شده

است) به همراه این فتق Gastro Esophagial Reflux نیز موجود میباشد. که سبب آن به درستی معلوم نیست و مؤلفین فکر میکنند که علت این Reflux امکان دارد بلند رفتن فشار جوف بطن و عدم کفایه معصروی باشد.

اعراض وعلایم:-

در یك تعداد زیاد وقـایع هیـچ اعـراض دیـده نمیشود مگر به صورت عموم در Sliding esophagial hiatal hernia که اختلاطات نداشته باشد اعراض ذیل دیده شده میتواند مثل سوزش Heart brun، سـوزش ناحیـه Epigastric یـا شـرسـوفـی و خصوصاً سوزش خلف عظم قص و Regurgitation میباشد که این اعراض بعد از خوردن غذاء بوجود میاید. و با خم شدن، خوابیدن و فشار شدت کسب میکند و با ایستادن نشستن و خوردن آب و Antiacid تنقیص می یابد مریض حکایه مینماید که افرازات معده اش به دهن و گلواش دوباره رجعت مینماید مواد غذائی تازه خورده شده دوباره به دهن مریض رجعت میکند مشکلات بلع نیز موجود بوده که در صورت پیدا شدن اختلاطات مثل Spasm، تضیق و Esophagitis و خامت کسب مینماید.

تشخیص:-

از روی اعراض سریری و معاینات رادیولـوژیـك وضع میگردد Esophagoscopy نیز به تشخیص کومك زیاد مینماید.

تداوی:-

در صورت که اعراض موجود نباشد به کدام تداوی ضروت ندارد لاکن در صورت که اعراض موجود باشد باید از تداوی داخله و جراحی استفاده گردد طوریکه در ابتداء تداوی داخله را شروع نموده اگر نتیجه نداد به تداوی جراحی اقدام میشود در تداوی داخله به نقاط آتی توجه شود.

a- به مریض هدایت شود که وزن خویش را کم نماید.

b- باید به مریض رژیم قرحات Peptic توصیه شود.

c- از ادویه Antiacid استفاده شود.

d- به مریض هدایت شود که از خم شدن زیاد، زور زدن و کش کردن پرهیز نماید.

e- به مریض هدایت داده شود که در وقت خوابیدن سر خویشرا بلند بگذارد (بالش بلند یا کلان)

تداوی جراحی:-

مطلب از تداوی جراحی این است که معده و اتصال مری معدوی داخل جوف صدر نشود که برای جلوگیری آن یا فوحهء Hiatus باید تنگ ساخته شود و یا اینکه معده با جدار بطن دوخته شده و تثبیت گردد.

Eesophagitis:-

التهاب مری یك آفت بسیار وخیم بوده که توسط عوامل مختلف بوجود میاید مگر به صورت عموم انتانات Toxin ها و مواد مخرش

در پیدا شدن این آفت رول بزرگ داره. همچنان مواد الرژیك که منشاء داخلی و یا خارجی داشته باشد در بوجود آوردن این مرض رول بزرگ دارد.

-:Reflux Esophagitis

این مرض عموماً در اشخاص که reflux دارد دیده میشود از اینرو بنام reflux esophagitisیاد میگردد. در اثناء reflux اسید های معده سبب تخریش والتهاب مری میگردد اما علاوه از اسید معده التهاب مذکور توسط عوامل دیگر هم بوجود آمده میتواند مثل استفراقات دوامدار، حاملگی، تضیق اثنا عشر وغیره که در این جا نیز سبب التهاب مری اسید معده است که در اثر اسفراقات تابه مری میرسد.

پتالوژی:--

از نظر پتالوژی این آفت یك وتیره، ترمیمی و تخریبی بوده شده میتواند آفت بالکل شفا گردد و یا اینکه پیشرفت نموده سبب Fibrose، کوتاه شدن و تنگ شدن مری گردد.

اعراض وعلایم:--

اعراض بسیار عمده Regurgitation، مشکلات بلع، سوزش دل، درد ناحیه شرصوفی و درد خلف عظم قص میباشد بعضاً Hematemasis و Melana از سبب نزف معدی معائی نیز بوجود آمده میتواند.

تشخیص:-

از روی اعراض سریری، تاریخچه و تایك اندازه توسط معاینات رادیولوژیك وضع میگردد Esophagoscopy علاوه براینکه به تشخیص کمك زیاد مینماید در تشخیص تفریقی نیز رول بزرگ دارد.

تداوی:-

مقصد اساسی در تداوی اینست که از یك سو Regurgitation کم و یا بالکل از بین برده شود و از سوئی دیگر Acidity معده کم و یا به کلی معدوم ساخته شود که برای بدست آوردن این مطلب از تدابیر آتی استفاده مینمائیم.

a- باید مریض و زن خود را کم نماید.

b- به مریض رژیم قرحات Peptic توصیه شود.

c- به مریض ادویه Antiacid داده میشود.

d- به مریض هدایت شود که در وقت خواب و یا استراحت از بالش بلند استفاده نماید.

(خصوصاً در وقت که فبروز کوتا شدن و یا تضیق مری بوجود آمده باشد تداوی داخلی هیچ نتیجه نمیدهد) در تداوی جراحی عموماً از سه عملیه جراحی استفاده میشود.

1- Esophagogastrictomy معده، Enterictomy که بعداً Roux Ygastrojejunostomy.

2- قسمت متضیق مری دور گردیده و بعد در ساحه یك قسمت

جمع و هیماتوم فوق را بوجود میاورد.

۲-سرفه‌های شدید:

بعضاً سرفه های شدید از هر سببی که باشد میتواند رپچر شریان یا ورید Epigastric را سبب شده و هیماتوم مذکر را بوجود آرد.

۳- آفات استحالوی شریان و ورید Epigastric

٤-امراض خون:

بعضی امراض خون هم سبب نزف شریان ویا ورید اپی گستریك شده میتواند مثل Hemophilia, Leukemia وغیره.

٥- بعد از عملیاتهای جدار بطن هم این هیماتوم بوجود آمده میتواند(در اثر بی احتیاطی زیاد که Retractore بسیار کش گرفته شود، شده میتواند که شریان یا ورید اپی گستریك را ماؤف سازد.)

٦- بعد از تداوی Anti coagulant

در صورتیکه در قسمت دوز ادویهء مذکور خوب دقت نشود همان طوریکه در دیگر قسمت های عضویت سبب نزف می شود در اینجا نیز سبب نزف شده و هیماتوم فوق بوجود میآید.

اعراض وعلایم:

درد یك عرض عمده است که اندازهء درد مربوط به شدت نزف است در حالاتیکه نزف کم و تدریجی باشد درد خفیف است اما در صورتیکه به اثر یك ضربهء مستقیم جدار بطن نزف شدید سبب هماتوم بزرگ شده باشد. دلبدی و استفراغ هم در اکثر حالات موجود میباشد خصوصاً در حالاتیکه شریان یا ورید اپی گستریك از حذاي

کولون که ارواء آن محافظه گردیده باشد نصب میگردد.

3- قسمت متضمق مری دور گردیده و بعد سطح مقطوعه نهایت علوی همراه تیوب که از معده ساخته شده وصل میگردد.

Corrosive Esophagitis:-

عبارت از عکس العمل بسیار شدید التهابی مری بوده که بعد از خوردن مواد قلوی شدید و یا اسیدی شدید بوجود میآید. سودیم هایدرواکساید و سودیم کاربونیت از جمله موادیست که بسیار زیاد سبب آفت فوق میگردد. بعضی مشروبات قوی معدنی، اسیدها، فینول وغیره سبب آفت فوق میشود. شدت و اندازه آفت مربوط به شدت و اندازه، و غلظت مواد فوق میباشد بعضاً مواد مذکور به صورت موضعی بعضی قسمت های غشای مخاطی مری را تخریش و زخمی میسازد و بعضاً تمام غشای مخاطی مری و حتی معده را ماؤف میسازد.

پتالوژی:-

تغیرات پتالوژیك بسیار عمده در این مرض عبارت از اذیماء احتقان التهاب و Thrombosis میباشد. غشائی مخاطی مری در قسمت ماؤف نکروزی و بعضاً افتیده میباشد کم بعداً توسط نسج لیفی معاوضه گردیده و باعث تضیق میگردد در طبقه تحت مخاطی التهاب موجود بوده و اوعیه ان ترومبوز نموده میباشد همچنان در طبقه عضلی نقاط نکروزی نیز به فبروز مبتلا میگردد.

اعراض وعلایم:-

در صفحهء حاد اشکال وخیم مرض درد در قسمت های ماؤف، سوزش لب ها، زبان، دهن و بلعوم موجود و فعل بلع بسیار درد ناك میباشد. اعراض فوق صفحهء حاد مرض امکان دارد تا چند روز و حتی چند هفته دوام نماید بعداً به صفحه مزمن داخل میگردد که در صفحه مزمن اعراض Fibrosis وتضیق مری در صحنه حاکم میباشند.

تداوی:-

در شروع از همه اولتر کوشش شود که مواد اسیدی قوی ذریعه مواد قلوی خنثی ساخته شود تا بدین وسیله از پیشرفت تخریبات جلوگیری به عمل آید جهت جلوگیری انتان باید انتي بیوتیك به مریض شروع شود و برای جلوگیری از وخامت بیشتر مرض Cortison داده میشود برای دانستن پیشرفت مرض در هر چند روز یکبار Esophagoscopy اجراء گردیده تا سیر مرض به درستی یا به خوبی دانسته شود در صورت که تضیق مری تأسس نماید باید تایك سال از عملیهء توسع تدریجی مری استفاده به عمل آید در صورت که دیده شود تضیق بسیار شدید بوده و مریض فعل بلع را انجام داده نمیتواند باید Gastrostomy اجراء گردد از یك سو از این طریق به مریض غذاء داده شود و از سوئی دیگر از این طریق عملیهء Retrograd Dilatition اجراء گردد. بعضاً عملیهء توسع تدریجی نتیجه نمیدهد که در این صورت به عملیات جراحی باید متوصل شد. توسط عملیهء جراحی قسمت مری برداشته شده و بعد از بین دو نهایت مقطوعه یك

پارچهء کولون راست یا چپ نصب میگردد. تا ارتباط بین معده و مری تامین گردد.

تثقب یا Perforation مری

تثقب مری یك آفت بسیار وخیم بوده که باوجود مراقبت بسیار جدی انزار فوق العاده خراب دارد.

Ethiology:-

تثقبات مری توسط عوامل مختلف بوجود میاید مثلاً جروحات ناریه، جروحات قاطعه، بلع اجسام اجنبی وغیره مگر از همه اولتر یا از همه بیشتر سبب تثقبات مری در وقت اجرای عملیه Esophagial Dilatation، Esophagoscopy و Gastroscopy، که توسط اشخاص غیر مجرب اجرأ میگردد از این رو در وقت اجرای معاینات فوق از احتیاط و دقت زیاد باید کار گرفته شود. و نیز شخص که معاینات فوق را انجام میدهد باید تجربه کافی داشته باشد. به صورت عموم جروحات مری قرار ذیل است:-

a- سوراخ شدن جدار مری.

b- Ruptur جدار مری.

c- پیدا شدن یك درز در جدار مری در اثر ترضیضات، انتانات والتهابات.

d- سوراخ شدن جدار مری در اثر اجسام اجنبی یا استعمال سامان.

پتالوژی:-

ملوث شدن محیط مری توسط افرازات معدوی مواد غذائی و

باکتری ها سبب یك نوع Cellulitis وخیم گردیده که بالاخره به تقیح موضعی یا منتشر می انجامد. تقیح مذکور نظر به اینکه در کدام قسمت مری وحتی در کدام وجه مری موقعیت دارد به قسمت های جدا گانه انتشار نموده اعراض و علایم سریری مختلف را بوجود میاورد. مثلاً اگر تثقب در ناحیهء گردن و در خلف مری بوجود آمده باشد تقیح و انتان در ابتداء در Retro Vesiral space بوجود آمده و بعد این تقیح به امتداد پلان و جهی تا به منصف میرسد. و اگر تثقب در قسمت گردن در جدار قدامی و یا جنبی مری واقع گردد تقیح و انتان به امتداد محیط شزن انتشار نموده آهسته آهسته تامنصف میرسد. و اگر تثقب در قسمت علوی بخش صدری مری واقع شده باشد تقیح به جوف پلوراء ریه راست انتشار مینماید واگر تثقب در ثلث سفلی بخش صدری مری واقع شده باشد تقیح و انتان به جوف پلوراء ریه چپ انتشار مینماید. و اگر تثقب مری در بخش بطنی مری واقع شده باشد تقیح و انتان در جوف پریتوان انتشار پیدا میکند و سبب Peritonitis میگردد.

اعراض وعلایم سریری:-

اعراض و علایم تثقب مری نظر به اینکه تثقب در کدام قسمت مری واقع گردیده سبب لوحه های سریری مختلف میگردد مگر به صورت عموم اعراض تثقب مری عبارت از اعراض سریری التهاب بوده مثل درد، حساسیت، مشکلات بلع و تب در صورت که تثقب در ناحیهء گردن صورت گرفته باشد علاوه از اعراض فوق الذکر گردن

فوق العاده حساس و Crepitation قابل جس میباشد. اما اگر تثقب در بخش صدری مری واقع شده باشد حساسیت در گردن موجود نمیباشد لاکن Crepitation قابل جس است و در عین زمان توسط اضغا علایم Emphysema در منصف تثبیت میگردد همچنان محدود شدن وظایف قلب و ریه ها ، سیانوز و حتی بعضاً شاک بوجود آمده میتواند. اگر تثقب از حجاب حاجز پائین تر واقع شده باشد تمام اعراض Peritonitis که در بحث Peritonitis از آن یاد آور شده ایم بوجو میاید.

تشخیص:-

برای تشخیص در پهلوی تاریخچه، اعراض و علایم از معاینات رادیولوژیك بسیار استفاده شده میتواند در صورت که تثقب در حذای گردن صورت گرفته باشد در کلیشه رادیوگرافی دیده میشود. که شزن به طرف قدام بیجا گردیده است Retroveseral space و قسمت علوی منصف وسیع گردیده و در بین مسافات انساج هواء موجود میباشد. در تثقبات قسمت های سفلی بخش صدری مری انصباب پلوراء و Emphysem منصف موجود میباشد. که بعضاً Hemothorax به آن نیز یکجا میباشد. در بعضی حالات ضرورت پیدا میشود که رادیوگرافی با مواد کثیفه اجراء شود که در این قسم حالات از آن مواد کثیفه استفاده شود که مخرش نباشد و هم زود قابل امتصاص باشد. Esophagoscopy صرف در حالات استطباب دارد که سبب تثقب جسم اجنبی شده باشد (در این جاهدف

از Esophagoscopy پیدا کردن و کشیدن جسم اجنبی میباشد)

تداوی:-

همه به این عقیده اند که تداوی تثقبات مری تنها و تنها مداخله جراحی و ترمیم تثقب و یا پاره گی و یا دریناژ ساحه منتن است البته با تداوی جراحی فوق تطبیق انتی بیوتیك و تنظیم مایعات و الکترولیت های مریض حتمی و ضروریست. شق جراحی نظر به اینکه مری در کدام بخش تثقب کرده مطابق آن صورت میگیرد. اگر مداخله جراحی در مراحل مقدم صورت بگیرد جرحه مری ترمیم و ساحه خوب دریناژ گردد نتیجه تداوی بسیار خوب خواهد بود.

انزار:-

انزار نظر به اینکه تثقب در کجا واقعست و اندازه تثقب چقدر است، مداخله جراحی در مراحل مقدم و یا بعد ترصورت گرفته، تضیق یا کانسر در ساحه پائین تر از تثقب موجود است و یا خیر؟ دریناژ ساحه منتن به صورت درست اجراء شده یا خیر؟ اندازه انتی بیوتیك و نوع انتی بیوتیك که استعمال میشود آیا مکروب به مقابل آن حساس است و یاخیر؟ فرق میکند. اگر تمام فکتور های که در فوق ذکر شد به صورت مناسب از بین برداشته شود و عملیه جراحی به صورت مقدم صورت بگیرد انزار مرض تا اندازهء قابل ملاحظه خوب است در غیر آن انزار خراب میباشد.

تومورهای خبیث مری:-

در جمله تومور خبیث مری Carcinoma مری بسیار عمومیت

دارد این تومور از طبقه اپیتل مری و فوأد منشاء خود را اخذ مینماید این تومور در مرد ها نسبت به زن ها 3 مرتبه زیاد دیده میشود. همچنان در بعضی ممالك مثل جاپان، چین، روسیه و ممالك سکاندینویائی بسیار عمومیت دارد. ایتولوژی تومور های فوق مثل دیگر تومور ها معلوم نیست لاکن در اشخاص که الکول و تنباکو استعمال میکند و یا مبتلا به Paterson Kelly Syndrcme, و Corrosive esophagitis, Achalasia و کسانیکه مری شان کوتاه شده زیاد دیده میشود.

پتالوژی:-

از نظر پتالوژی اکثر تومور های Squamous cell carcinoma و تومور های قسمت اتصال مری معدوی Adeno carcinoma میباشد.

Carcinoma مری معولاً به شکل سمارق طرف جوف مری نشوونماء نموده و به زودی سبب تضیق مری میگردد. و بعضاً سبب نکروز و تقرح غشائی مخاطی میشود این تومور ها به تمام قسمت های عضویت خصوصاً به عقدات لمفاوی منصف و عنق میتاستاز میدهد.

اعراض و علایم:-

امکان دارد بعضاً هیچ اعراض نداشته باشد اما زمانیکه تومور کلان شود اعراض تضیق مری که در بخش تضیقات مری از آن بحث شده دیده شده میتواند. همچنان در بعضی حالات سبب نزف گردیده

و اگر نزف بسیار وخیم باشد اعراض Hypo Volemia نیز دیده شده میتواند.

تداوی:-

در تداوی تومور های مری از دو طریقه استفاده میشود. یکی از مداخله جراحی که ذریعه آن تومور با عقدات لمفاوی یکجا کشیده میشود. این طریقه بسیار عمومیت دارد. دوم تداوی شعاعی که زیاد تر از Coblt 60 و Extravoltage X-Ray استفاده میشود اما امروز اکثر جراحان از تداوی جراحی و شعاعی یکجا استفاده مینماید.

تومورهای سلیم و Cyst های مری

Cyst ها و تومور های سلیم مری آنقدر عمومیت ندارد، در جمله تومورهای سلیم Lyomyoma عمومیت دارد.

که اکثراً در قسمت سفلی مری پیدا میشود برای تشخیص این تومور ها از اعراض سریری و معاینات رادیولوژیك استفاده میشود تداوی این تومور ها توسط عملیات جراحی صورت میگیرد.

-:Peterson Kelly Syndrom

بنام Plummer Wilson سندروم نیز یاد میگردد. این سندروم عموماً در زن های عمر متوسط دیده میشود در ممالك اسکاندینویائی نسبت به امریکا واقعات آن زیاد دیده میشود. در یك واقعه وصفی این مرض دیده میشود که مریض یك زن سن متوسط بوده غشائی مخاطی دهن Atrophic، دهن اش بدون دندان، ناخن های انگشتان اش شکنن و بعضی التیده، انگشتان دست اش منظره قاشق دارد به

مشکلات بلع مبتلاء و سابقه طولانی Anemia میداشته باشد. در 10% مریضان فوق تومور خبیث دهن، بلعوم و یا مری موجود میباشد از اینرو گفته میشود که سندروم فوق یك مرحلهء مقدم تومور خبیث دهن بلعوم و مری میباشد. مریضان مذکور مبتلاء به تضیق مری نیز بوده که توسط Esophagoscopy به خوبی تشخیص میگردد. برای تداوی چنین مریضان از یك طرف کوشش میشود تضیق مری آنها توسط توسع تدریجی تا حد ممکن رفع گردد تا زمینه برای خوردن مواد غذائی مساعد شود و از طرف دیگر کوشش شود Anemia مذکور اصلاح شود.

Lower Esophagial Ring :-

عبارت از یك تضیق نهایت سفلی مری است که تنها در کلیشه رادیوگرافی قابل دید میباشد لاکن مریضان مذکور هیچ نوع اعراض سریری ندارند. صرف یك تعداد محدود مریضان یك اندازه اعراض تضیق را نشان میدهند که اندازه و وخامت اعراض مربوط به قطر حلقه میباشد هر قدر حلقه تنگ باشد. به همان اندازه اعراض تضیق شدید و هر قدر حلقه کلان باشد اعراض تضیق خفیف و بعضاً معدوم میباشد. این حلقه عموماً در مریضان که Hiatal hernia دارند دیده میشود. از اینرو اکثر مؤلفین به این عقیده اند که این تضیق حلقوی یك عکس العمل محل اتصال مری معدوی است در مقابل داخل شدن محل اتصال مری معدوی به داخل صدر. (حلقه متضیق در اثر بلند رفتن مقاومت محل اتصال مری معدوی بوجود میاید) در این مریضان

زمانیکه فتق مذکور تداوی گردد نه تنها اعراض مرض مذکور معدوم میگردد بلکه در کلیشه رادیوگرافی تغیر حلقوی ذکر شده نیز از بین میرود.

-:Barrett Esophagytis

در این مرض اپیتل قسمت سفلی مری تغیر خورده و نهایت سفلی مری توسط اپیتل معده پوش شده میباشد قبلاً فکر میکردند که این یك آفت ولادی است بعداً ملاحظه شد که این مرض زیاد تر در مریضان دیده میشود که مصاب Hiatal hernia اند و زمانیکه فتق تداوی گردد تمام اعراض مرض از بین میرود. بناءً نظریهء ولادی بودن آفت تغیر نمود و میگویند آفت فوق یك مرض کسبی است یعنی اپیتل Squamous قسمت سفلی مری توسط اسید معده تخریب گردیده و بعد توسط اپیتل معده تعویض میشود. اما عدهء دیگر مؤلفین عقیده دارند که اتیولوژی مرض هنوز درست دانسته نشده دریك تعداد مریضان تحول اپیتل مری تا قوس ابهر صورت میگیرد که در این صورت در این مریضان در قسمت های مری که اپیتل آن تغیر خورده در غشای مخاطی آن بعضی قرحات پیدا میشود که بنام Barrett یاد میشود. و دربعضی مریضان دیگر با این آفت کوتاه بودن مری و تضیق مری نیز همراه میباشد.

تداوی:-

در مریضان که تضیق مری و یا کوتاه بودن مری با این مرض

Linea semicircularis پائینتر پاره شده باشد چون در این قسمت بین عضلهء رکتوس و پریتوان صرف Transversalis Fascia قرار دارد. از اینرو هیماتوم مذکور سبب تخریش پریتوان گردیده و سبب دلبدی و استفرغ میگردد.

در معاینه فزیکی از سره پائین بطرف راست یا چپ یك کتله سخت، حساس و دردناك یافت شده میتواند که این کتله حتی زمانیکه عضلات جدار بطن متقلص هم باشد جس شـده مـیتواند کـه بنام Fothergill,s Sign یاد میگردد. لاکن اگر کتلهء مذکور مربوط احشای جوف بطن باشد هیچ وقت در اثنای تقلص عضلات جدار بطن جس شده نمیتواند.

همچنان بعد از چند روز در محیط سره یك قسم Echymosis بوجود می آید که آهسته آهسته بطرف پائین وسعت نموده و حتی تا به صفن میرسد.

نبض مریض یك کمی سریع و درجهء حرارت یك اندازه بلند میباشد. اندازهء کریوات سفید کمی بلند میرود.

تداوي:

یکدام تداوی عاجل جراحی ضرورت نیست. اکثراً از تداوی محافظوی استفاده می شود که به این منظور بمریض توصیه استراحت مطلق می شود و برای تسکین درد از ادویهء مسکن استفاده می شود. اکثراً در ظرف سه یا چهار هفته درد آهسته آهسته از بین میرود و کتله هیماتوم کوچکتر میگردد. خطر چنین تداوی اینست که

یکجا موجود باشد و اندازهء تضیق آنقدر زیاد باشد که توسط توسع تدریجی تداوی نگردد به مداخله جراحی اقدام میشود. که در عملیه جراحی قسمت ماؤف برداشته شده و در جای آن کولون نصب میگردد و اگر فتق موجود باشد آن هم تداوی میگردد.

تشوشات عصبی عضلی مری

تشوشات عصبی عضلی مری اشکال مختلف دارد از نظر منشاء هم تشوشات مذکور مختلف است، در بعضی اشکال منشاء آن عصبی و در بعضی اشکال دیگر منشاء ان عضلی و در یک تعداد اشکال دیگر منشاء آن عضلی و عصبی میباشد. در تمام اشکال فوق مریض مشکلات بلع میداشته باشد که این مشکلات بلع نیز به صورت مختلف میباشد در بعضی مریضان مشکلات بلع از سبب عدم کفایهء عضلات جدار مری بوجود میاید. مثلاً در مرض Myasthenia gravis و Myotonia dystrophica و در برخی مریضان دیگر مشکلات بلع از سبب مختل شدن میکانیزم معصروی پیدا میشود. همچنان در بعضی مریضان دیگر از سبب Spasm موضعی و یا منتشر مری بوجود میاید.

Esophagial Scleroderma:-

یك مرض Systemic بوده که بعضاً مری را نیز اشغال مینماید و بنام Scleroderma مری یاد میگردد. در مصابین این مرض تشوشات تحرکیت مری بوجود میآید که این تشوشات تحرکیت مری سبب مشکلات بلع میگردد که اعراض عمده آن سوزش دل

Regurgitation, heart burn و مشکلات بلع میباشد آفت عموماً در قسمت سفلی مری و معصرهء مری بوجود میاید. در صورت که معصره مصاب شده باشد Reflux esophagitis نیز پیدا میشود. در مراحل پیشرفته مرض جدار مری مصاب Fibrosis گردیده که این فیبروز جدار مری سبب کوتا شدن و تضیق مری میگردد.

تداوی:-

در صورت که اعراض بسیار شدید و تضیق بوجود آمده باشد از توسع تدریجی استفاده میگردد. اگر توسع تدریجی نتیجه ندهد باید مداخله جراحی صورت بگیرد که در عملیهء جراحی قسمت ماوف و متضیق برداشته شده و نهایات مقطوعه توسط پارچهء کولون باهم وصل ساخته میشود. قبل از مداخله جراحی از تداوی داخله استفاده میشود و Corticosteroid ها نتیجه بسیار خوب میدهد.

Entero Esophagial Cyst:-

سطح داخلی این Cyst ها عموماً توسط اپیتل معده، کولون و یا امعای رقیقه پوش شده میباشد. Cyst های مذکور عموماً تحت غشای مری بوجود میاید اما جوف Cyst با جوف مری کدام ارتباط ندارد صرف در بعضی حالات بسیار نادر جوف Cyst به طرف جوف مری باز شده میباشد حجم Cyst به اندازهء افرازات غشائی مخاطی Cyst مربوط است به هر اندازه افرازات Cyst زیاد باشد به همان اندازه بالای جدار Cyst فشار اورده و انرا بزرگ میسازد که در این قسم حالات Cyst مذکور از یك سو سبب فشار بالای ریه میشود و از

سوی دیگر سبب تنگ شدن جوف مری میگردد. در حالاتیکه سطح داخلی Cyst توسط اپیتل معدوی پوش شده باشد از سبب تراکم افرازات اسیدی در غشای مخاطی Cyst قرحـات خورد و بزرگ بوجود میآید. که بعضاً قرحات مذکور بـه طـرف پلـوراء و یا مری باز میگردد. در صورت که Cyst به طرف پلوراء باز گردد سبب Chronic Productive Cough و انتانات ریه میگردد. و در بعضی حالات وخیم قرحات مذکور سبب نزف وخیم نیز شده میتواند.

تداوی:-

یگانه تداوی مرض اینست که توسط یك عملیهٔ جراحی Cyst کشیده شود.

Conjenital Atresia of the Esophagus and Tracheo Esophagial Fistula

این آفت چار شکل دارد:-

a- در این شکل مری از وسط دو پارچه شده میباشد و هر دو نهایت مقطوعه کاملاً مسدود میباشد که در این صورت طفل هیچ چیز را بلع کرده نمیتواند.

b- در این شکل مری از بین قطع شده میباشد که نهایت مقطوعه سفلی کاملاً مسدود و نهایت مقطوعه علوی باشزن ارتباط میداشته باشد که در این صورت مواد غذائی و لعاب دهن طفل داخل شزن گردیده و از آن جا به ریه ها میرسد که در نتیجه داخل شدن افرازات و مواد غذائی به ریه ها سبب انتانات ریوی سیانوز و آرازهای

تنفسی میگردد. و مریض به زودی از سبب انتانات ریوی و مشکلات تنفسی در یك لوحه خطرناك داخل شده که اکثراً سبب مرگ میگردد.

c- در این شکل پارچه علوی آزاد و نهایت آن مسدود میباشد اما پارچه سفلی با شزن ارتباط میداشته باشد. در این شکل افرازات و مواد غذائی نه داخل شزن شده میتواند و نه داخل معده یعنی طفل هیچ چیز را بلع کرده نمیتواند اما چون پارچه سفلی با شزن ارتباط دارد به زودی یك مقدار زیاد هواء داخل جوف معده شده و سبب توسع شدید معده میگردد.

d- در این شکل هر دو پارچه مری با شزن ارتباط داشته میباشد که در این صورت توسط پارچه علوی افرازات و مواد غذائی داخل شزن و ریه گردیده سبب مشکلات تنفسی و انتانات ریوی میگردد و توسط نهایت سفلی هواء از شزن داخل معده گردیده و سبب توسع معده میگردد.

دو شکل دیگر این مرض نیز موجود است مگر آنقدر عمومیت نداشته و بسیار نادر است. در یك شکل آن مری در امتداد خود قطع نشده صرف در یك قسمت مری تضیق موجود میباشد که در این صورت طفل مشکلات بلع داشته و شیر که برایش داده میشود دو باره به دهن اش برمیگردد و به شکل استفراغ خارج میشود از اینکه بکدام اندازه شیر خارج میگردد به اندازهء تضیق مربوط است. در شکل دیگر آن نیز مری در تمام امتداد خویش قطع نمیباشد اما دریك قسمت خویش با شزن ارتباط میداشته باشد در این شکل از یك سو

هوا از شزن داخل معده شده سبب توسع آن میگردد و از سوی دیگر افرازات و مواد غذائی داخل شزن شده و از آن جابه ریه ها میرسد و سبب انتانات ریوی و مشکلات تنفسی میگردد.

تشخیص:-

توسط اعراض سریری و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد داخل کردن یك Catheter نازك در مری به تشخیص کمك کرده میتواند زیرا در صورت بندش و یا تضیق Catheter عبور کرده نمیتواند.

تداوی:-

یگانه تداوی عملیات جراحی است که بعد از آماده کردن مریض برای عملیات توسط یك عملیه جراحی ارتباط مری از شزن قطع گردیده بعداً هر دو نهایت مری با هم Anastomose یا تفمم میگردد.

Ruptur بنفسهی مری:-

بعضاً بعد از ترضیضات مری، التهابات، انتانات مري، کانسرهای مری و یا ضعیفی ولادی عضلات جدار مری به صورت بنفسیهی rupturمینماید. اصطلاح ruptur بنفسیهی چندان اصطلاح مناسب نیست زیرا ruptur آن در حقیقت یك سبب قبلی دارد.

اعراض وعلایم:-

درد حاد ناحیه شرصوفی، دردحاد substernal، مشکلات تنفسی بعضاً hydro pneumo thorax، sub Cotanous emphysema سیانوز از جمله اعراض عمده مرض است. درد که در ruptur مری

بوجود میاید بسیار شدید بوده با ادویه ضد درد از بین نمیرود و شباهت زیاد به درد های انسداد اوعیه اکلیلی قلب دارد.

تشخیص:-

توسط اعراض، علایم و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد.

تداوی:-

بعد از تشخیص و تداوی شاك باید هر چه زودتر توسط یك عملیه جراحی صدر باز گردیده و سوراخ مری ترمیم گردد.

معده

Stomach

معده یك قسمت متوسع جهاز هضمی است که بین مری و اثناعشر موقعیت دارد، معده از مری توسط فواد (Cardiac) و از اثناعشر توسط بواب یاPylorus جدا گردیده یا به عبارهء دیگر در قسمت اتصال مری معدوی از یك معصره فزیولوژیك یا معصره فوادی (Cardiac Sphincter) شروع و به یك معصره اناتومیك (معصره پیلوریك) ختم میشود.

قسمت علوی ترین معده که از اتصال مری معدوی بالاتر قرار دارد بنام فندوس (Fundus) یاد میگردد.

پائین تر از این قسمت جسم (Carpus) قرار دارد آن قسمت معده که نزدیك فواد قرار دارد بنام Pyloric Antrum یاد میگردد.معده و قسمت اول اثناعشر در جوف پریتوان واقع بوده در حالیکه بخش های دیگر اثناعشر در خلف پریتوان قرار دارد.

فزیولوژی معده:-

فزیولوژی معده را در مضمون فزیولوژی مطالعه نموده اید درین جا صرف از بعضی قسمت های ان به صورت مختصر بحث مینمائیم.

طوریکه قبلاً اشاره شد که معده یك قسمت متوسع جهاز هضمی است که قدرت توسع فوق العاده زیاد دارد و بدون اینکه بالای جدار

معده فشار وارد گردد یك مقدار زیاد مواد غذائی را ذخیره نموده میتواند زمانیکه معده خالی باشد تقریباً 50cc حجم دارد. اما بعد از داخل شدن موادغذائی حجم آن تا 1500cc میرسد بدون آنکه بالای جدار معده کدام فشار وارد گردد البته حجم معده از 1500cc بسیار بلند نیز میرود. مگر درین وقت بالای جدار آن فشار وارد میگردد. جدار معده دارای سه طبقه عضلات است. طبقه خارجی که به امتداد الیاف مری است و از الیاف طولانی ساخته شده و در انحنأ صغیر معده یك اندازه ضخیم شده، دوم طبقه متوسط که به امتداد طبقه متوسط مری قرار داشته از الیاف حلقوی ساخته شده و در حذأ فواد و بواب یك اندازه ضخیم شده سوم طبقه داخلی که از طرف چپ فواد منشأ گرفته و به صورت منحرف طرف انحنأ کبیر معده پیشرفته و در امتداد خویش در حذأ Antrum معده ضخامت کسب نموده است وظایف بسیار عمده معده عبارت از ذخیره کردن آب، مواد غذائی هضم مواد غذائی، اطراح مواد غذائی و بلاخره وظیفه افراز و امتصاص میباشد. معده وظیفه اطراح خود را مثل امعأ ذریعه حرکات استداری (پرستالتیك-) خویش انجام میدهد که حرکات استداری مذکور از فواد شروع گردیده و به انترم (Antrum) خاتمه میابد. اندازه قدرت، دوام و مسافه بین دو پیریود (Period) حرکات پرستالتیك معده به نوعیت غذا، اندازه مواد غذائی و اینکه معده خالی است و یا مملو وابسته است.

زمانیکه مواد غذائی به معده داخل گردد در ظرف 3-4 ساعت از

معده خارج میگردد البته زمان فوق به اندازه ونوعیت غذا مربوط میباشد.

معده علاوه برانکه اسید کلورهیدریك (Hcl)، Pepsin و مخاط را افراز مینماید آب ونمك ها خصوصاً سودیم کلوراید و پوتاشیم کلوراید را نیز آزاد میسازد. اسید کلورهیدریك توسط حجرات جداری معده ساخته میشود (کانالیکولی حجرات جداری) که میکانیزم ساختن آن درست شرح شده نمیتواند تنها اینقدر گفته میتوانیم که حجرات جداری معده یك فابریکه ساختن اسیدکلورهیدریك بوده و مواد خام آن آب، کاربن دای اکساید وکلوراید است.

Pepsin یك انزایم بسیار قوی proteolytic است، که از Pepsinogen بوجود میآید و Pepsinogen از Zymogen که به شکل Granules ها در حجرات Chief Cells معده ذخیره میباشد بوجود میآید یعنی گرانول های Zymogen که پریکورسور Pepsinogen بوده که بعد از تنبه، Pepsinogen که پریکورسور Pepsin میباشد آزاد میگردد. Pepsinogen در غدوات توبولر به Pepsin تبدیل میشود.

افراز مخاط نیز یکی از وظایف عمده معده بوده که برای محافظه جدار معده بسیار اهمیت دارد. لاکن اینکه فندوس، پیلور، فواد و اثناعشر کدام نوع مخاط افراز مینماید موضوع مغلق بوده در اینجا از آن بحث نمی نمائیم.

جسم معده یك فکتور داخل المنشه Intrinsic Factor افراز میکند که عبارت از نوکلیوپروتین Nucleoprotein میباشد که در ساختن Vit B12 رول دارد.

انترم معده هورمون گسترین Gastrin افراز مینماید که گسترین سبب تنبه حجرات جداری معده گردیده و اسید کلورهیدریك افراز میگردد.

تنظیم افرازات معدوی:-

یك تعداد زیاد عوامل و فکتور ها به صورت مشترك و منفرد در تنظیم و موازنه افرازات معدوی سهم دارند که تغیرات فکتور های مذکور سبب خراب شدن نظم افرازات معدوی میگردد. فکتور های مذکور به صورت عموم به سه گروپ جدا گردیده که هر کدام قرار اتی است.

۱: Cephalic Phase یا Nervous Phase (Vagal Phase)

۲: Antral Phase یا Gastric Phase

۳: Intestinal Phase

فکتور های فوق را به دو گروپ نیز جدا کرده میتوانیم یکی صفحه عصبی معدوی و دیگر صفحه معائی

۱: Cephalic Phase:-

با دیدن، بو کردن، خوردن، نوشیدن و یا در فکر آوردن مواد غذائی افرازات معده بلند میرود ، طوریکه در حالات متذکره تنبه از اخده های که در قشر دماغ موجود است شروع گردیده و به نوه عصب

بعضاً هیماتوم منتن گردیده و ابسی جدار بطن را بوجود می آورد و یا اینکه هیماتوم Calcified گردیده سبب درد دوامدار میگردد. از اینرو امروز اکثر مؤلفین به این عقیده اندکه باید بمجرد تشخیص فوراً، هیماتوم از طریق یك شق Para median تخلیه گردد و نهایات شریان یا ورید قطع شده، گره گردیده، ساحه خوب لواژ گردد.

٤-تومورهای جدار بطن:

١-تومورهای سلیم جدار بطن:

تومورهای سلیم که زیاده تر در جدار بطن پیدا می شود عبارت از Lipoma, Neuronevi, Hemangioma, Keratosis De- smoid Tumor میباشد که مثل تومورهای سلیم عضویت بعد از تشخیص توسط یك عملیهء سادهء جراحی کشیده می شود. صرف Desmoid Tumor که اصلاً تومور سلیم است لاکن بعضی خواص آن به خباثت شباهت دارد ذیلاً مطالعه میگردد.

Desmoid Tumor

عبارت از یك فبروم سخت جدار بطن بوده که از ساختمانهای Musculo Aponeurotic منشاء می گیرد. در حالیکه فبروم های دیگر در نسج تحت الجلدی پیدا میشوند. و تومور Desmoid در صفاق عضلات جدار بطن و Aponeurosis پیدا میشود. این راهم باید بدانیم که تومور های Desmoid علاوه از جدار بطن در صفاق های عضلات پاها، دست ها، صدر، کمر و شانه ها هم بصورت نادر، پیدا می شود.

واگوس انتقال میگردد، و از انجا به امتداد عصب واگوس تا معده رسیده و حجرات جداری معده را تنبه مینماید در نتیجه اندازه افرازات معده بلند میرود، در اینجا تنبه به دو صورت یعنی مستقیم و غیر مستقیم به حجرات جداری معده میرسد یکی اینکه تنبه مستقیماً توسط عصب و اگوس به حجرات جداری معده رسیده انها را تنبه مینماید و دیگر اینکه به صورت غیر مستقیم عصب واگوس سبب تنبه انترم Antrum گردیده و باعث افراز هورمون گسترین Gastrin میشود که بعداً هورمون گسترین داخل دوران خون شده و از طریق دوران خون به جدار معده رسیده و حجرات جداری معده را تنبه مینماید.

۲: صفحه انترل یا معدوی:

هورمون گسترین وقتی آزاد میگردد که انترم توسع نماید یعنی با داخل شدن مواد غذائی هوا یا مایع در معده، انترم توسع نموده و هورمون گسترین آزاد میگردد، علاوه از توسع انترم مستقیماً انترم Antrum توسط عصب واگوس نیز تنبه شده و سبب آزاد شدن هورمون گسترین میگردد.

۳: صفحه معائی:

در حالاتیکه امعای رقیقه توسع نماید و یا اینکه مواد غذائی داخل امعا شود، فکر می شود یك هورمون مشابه گسترین را افراز مینماید که این هورمون سبب زیاد شدن افرازات معدوی میگردد.

نهیه افرازات معدوی:

افرازات معدوی بعد از هضم توسط یك تعداد فکتور ها نهیه میگردد که درست تشریح نه شده است، صرف یك تعداد از این فکتور ها یك اندازه شرح شده اما اثبات آن وجود ندارد، مثلاً گفته میشود وقتیکه اسید معده جهت هضم مواد غذائی آزاد گردد، PH انترم پائین آمده و انترم اسیدی میگردد که در این زمان امکان دارد انترم موادی را افراز نماید که مانع افرازات معده گردد، همچنان زمانیکه مواد غذائی اسیدی یا Chyme از معده داخل اثناعشر شود، از یك طرف سبب تنبه پانقرانس گردیده و از طرف دیگر توسط یك تعداد فکتور های خلطی و عصبی افرازات معده را نهیهء مینماید، بلاخره پائین شدن مواد شحمی داخل امعا از طرف امعا هورمون Enterogastrone آزاد گردیده که این هورمون نه تنها سبب نهیه افرازات معدوی میگردد بلکه تحرکیت معدوی را نیز نهیه مینماید.

ترضیضات معده:

ترضیضات معده را نیز مثل ترضیضات قسمت های دیگر عضویت به دو بخش جدا کرده میتوانیم یکی ترضیضات کند Blunts Jnjuies و دیگر ترضیضات تیز یا Sharp Injuries

۱- ترضیضات تیز یا Sharps Injures:

تمام زخم های ناریه و جارحه جدار بطن شده میتواند تامعده رسیده و سبب پاره شدن و سوراخ شدن معده گردد.

۲- ترضیضات کند Blunts InJuries :-

این نوع جروحات معده در حالاتیکه ضربه کند بسیار شدید باشد بوجود آمده میتواند خصوصاً در حالاتیکه معده پر و متوسع باشد، ضربه های کند سبب پاره شدن و سوراخ شدن معده شده میتواند.

اعراض وعلایم:-

در پهلوی اعراض و علایم جروحات معده اعراض و علایم جرحه جدار بطن نیز موجود میباشد که شدت و اندازه آن مربوط به اندازه و موقعیت جروحات جدار بطن است. اعراض و علایم جروحات معده عموماً از سبب نزف و پریتونیت بوجود می آید که شدت و وخامت آن به اندازه نزف ارتباط دارد همچنان بعد از سوراخ شدن و رپچر معده خون و مواد غذائی داخل جوف پریتوان گردیده سبب تخریش پریتوان و در نتیجه اعراض و علایم پرتیونیت از قبیل دلبدی، استفراق، شخی عضلات جدار بطن کم شدن و یا معدوم شدن حرکات استداری (پرستالتیک) تب و غیره بوجود می آید.

معاینات لابراتواری:-

معاینه ادرار کدام کمک کرده نمیتواند. اما در معاینه خون نظر به اندازه نرف هماتوکریت و هیموگلوبین تناقص نموده میباشد و در صورت موجودیت پرتیونیت لوکوسیتوز (Leukocytosis) دیده شده میتواند.

معاینات رادیولوژیک:-

با تشخیص بسیار کمک نموده میتواند چنانچه اگر رپچر معده صورت گرفته باشد در کلیشه ساده که به وضعیت استاده ویا نشسته

اخذ شده باشد تحت حجاب حاجز به صورت واضح هوا دیده شده میتواند و از طرف دیگر اگر انسداد فلجی موجود باشد در کلیشه رادیو گافی سویه های گاز و مایع (Hydroairc) دیده میشود.

تشخیص:-

به کمك تاریخچه، اعراض، علایم و معاینات رادیولوژیگ وضع شده میتواند.

تداوی:-

بعد از گذاشتن تشخیص ریچر معده در قسمت تداوی آن باید نکات اتی در نظر گرفته شود.

a: باید بطن باز گردیده زخم معده در یافت و بعداً debride و ترمیم گردد.

b: تمام مایعات، چرك، خون، مواد غذائی وغیره از جوف پریتوان دور گردد.

c: باید تمام احشای بطن به دقت تفتیش و معاینه گردد و در صورت موجودیت کدام زخم و پاره گی مثل زخم معده. امعا وغیره آن هم debride و ترمیم گردد.

d: در صورت لزوم و استطباب در جوف پریتوان باید درن Drain گذاشته شود.

e: باید بسیار کوشش شود که معده توسع نه نماید که به این منظور از یك سو به مریض غذا و مایعات داده نشود و از سوی دیگر Naso

gastric tube در معده گذاشته شود.

توسع حاد معده Acute Gastric Dilatation

طوریکه میدانیم معده هم مثل مثانه و رحم قدرت توسع بسیار زیاد دارد و در اکثر واقعات بدون اینکه سبب اعراض گردد بسیار زیاد توسع مینماید لاکن زمانی که توسع معده از سرحد فزیولوژیك آن تجاوز نماید حالت مرضی بوجود آمده و سبب یك تعداد اعراض و علایم میگردد خلاصه در حالاتیکه معده توسط هوا و یا مایغات به صورت آنی فوق العاده توسع نماید که اندازه توسع آن از سرحد فزیولوژیك بسیار تجاوز نموده باشد بنام توسع حاد معده یاد میگردد.

ایتولوژی Ethiology

a: عملیات های معده و قسمت های علوی جوف بطن.

b: ترضیضات معده و صدر.

c: در صورت که مریض در حالت کوما بوده داکتر و یا نرس برایش از طریق دهن تنفس مصنوعی میدهد.

d: زمانیکه در وقت انستیزی عمومی Endo tracheal tube به صورت غلط عوض شزن در مری گذاشته شود.

e: زمانیکه به مریض از طریق تیوب انفی اوکسیجن داده میشود و در عین زمان بـه مریض Naso gastric tube (Ñ.G.Tube) نیـز گـذشته شده باشـد، بعـضاً کـم کـم اوکـسیجن داخـل معـده گردیده وسبب توسع آن میگردد، تنفس مصنوعی، دادن اوکسیجن و

Endo tracheal tube درمورد توسع حاد معده فوق العاده اهمیت دارد. بعضاً اندازه توسع معده انقدر زیاد میباشد که سبب رپچر معده گردیده و موجبات مرگ مریض را فراهم میسازد. زمانیکه معده توسط هوا و یا مایعات یك اندازه توسع نماید این توسع معده سبب تنبه افرازات معده گردیده و در نتیجه تجمع مایعات (افرازات معده) توسع مذکور را بیشتر میسازد که این توسع فوق العاده معده وظیفه قلب وریه ها را نیز مختل ساخته که در اثر خراب شدن وظایف ر یه Oedema Pulmonary وHypovolemia مـریض اکثراً فوت مینماید.

از نظر سریری مریض نبض سریع و خیطی فشار مریض سقوط نموده، دلبدی استفراقات، هکك، Tachy cardia وRegurgitation موجود بوده و در ناحیهء شرصوفی (Epigastric) طبلیت موجود میباشد.

تشخیص:-

از روی اعراض، علایم و تاریخچه وضع شده میتواند.

تداوی:-

به مجردیکه تشخیص وضع گردد، به زودی یك تیوب داخل معده گردیده هوا و مایعات آن تخلیه گردد. تیوب فوق علاوه برانکه در تداوی رول بزرگ دارد در تائید تشخیص مرض هم بسیار اهمیت دارد زیرا وقتیکه تیوب داخل معده گردد هوا و مایعات زیاد از معده

خارج گردیده و تمام اعراض مریض از بین میرود.

به مریض از طریق دهن غذا و مایعات داده نشود و N.G. tube تا زمانی در معده گذاشته شود تا مقویت عضلات جدار معده دوباره اعاده شود.

Prolapse of the Gastric Mucosa

این اصطلاح به حالاتی گفته میشود که غشای مخاطی Antrum معده در Pylor و اثنا عشر داخل گردد این مرض چندان عمومیت ندارد و در اکثری حالات از نظر سریری هم اعراض موجود نمیباشد مرض عموماً به صورت تصادفی در معاینهء که برای تشخیص امراض دیگر اجرا میگردد کشف میشود. در حالاتیکه غشای مخاطی Antrum معده داخل پیلور و اثناعشر سقوط نموده و توسط حرکات استداری معده دوباره بالا نگردیده و در همان جا باقی بماند سبب یك تعداد اعراض شده میتواند که عبارت اند از

a- محتوی معده زود تخلیه نمیگردد.

b- توسع ناحیه Epigastric

c- بعد از خوردن غذا کمی دلبدی و استفراق موجود میباشد.

تشخیص:-

تشخیص این آفت بسیار مشکل میباشد مگر با آن هم از روی اعراض سریری و معاینات رادیولوژیك تشخیص شده میتواند، در کلیشه رادیوگرافی که با مواد کثیفه اخذ شده باشد التوأت غشای

مخاطی Antrum در بین پیلور دیده شده میتواند.

تداوی Treatment :-

در سابق اکثری جراحان غشای مخاطی انترم را که در پیلور داخل شده قطع مینمود اما امروز عوض قطع کردن غشای مخاطی انترم خود انترم را قطع و دور میسازد و بعد قسمت باقی ماندهء معده با اثناعشر تفمم یا (Anastomose) داده میشود.

اجسام اجنبی معده :-

اجسام اجنبی معده اکثراً توسط اطفال به صورت تصادفی بلع میگردد و بعضاً توسط کاهلان که مبتلا به امراض دماغی اند نیز خورده میشود.

اجسام اجنبی که از مری بگذرد و داخل معده گردد بدون مشکلات از پیلور و امعا نیز پائین گردیده و از وجود خارج میگردد. لاکن اجسام اجنبی نوك تیز مثل سوزن، سنجاق پارچه های شیشه و غیره امکان دارد در اثنای عبور از جهاز هضمی سبب زخمی شدن و سوراخ شدن قنات هضمی گردد، که در چنین واقعات باید جسم اجنبی مذکور توسط عملیات جراحی کشیده شده و جرحه یا تثقب، ترمیم گردد اما باید قبل از مداخلهء جراحی Oesophagoscopy اجرا گردد.

به صورت عمومی وقتیکه کدام جسم اجنبی از طرف طفل و یا کاهل خورده شود باید مریض تحت مراقبت جدی قرار داده شود و جسم اجنبی توسط معاینات رادیولوژیك تعقیب گردد که تا کدام

قسمت جهاز هضمی میرسد، اما زمانیکه دیده شود جسم اجنبی سبب انسداد، نزف و یا تثقب گردیده به مداخله جراحی اقدام میشنود. در بعضی حالات الیاف مواد عضوی با هم دیگر تاب خورده و کلوله میشوند که مواد کلوله شده بنام Bezoar یاد میشود به صورت عموم Bezoars دو قسم میباشد یکی Tricho Bezoars که از خوردن زیاد موی به وجود می آید، و شکل دیگر آن Phyto Bezoars است که از الیاف سبزیجات بوجود میآید. در حالاتیکه Bezoars در پیلور بند بماند و سبب انسداد پیلور گردد باید توسط عملیه جراحی کشیده شود.

تدورمعده:

اتیولوژی Ethiology:-

در یك تعداد وقایع اتیولوژی تدور معده نا معلوم میباشد اما در یك تعداد وقایع دیگر سبب تدور معده فتق های ولادی و کسبی حجاب حاجز میباشد.

اعراض:-

سه عرض عمده ذیل در تشخیص تدور معده رول بزرگ دارد:

a: مریض درد شدید ناحیه شرصوفی (Epigastric) دارد.

b: مریض دلبدی دارد اما استفراق نموده نمیتواند.

c: داکتر موفق به داخل کردن تیوب در معده شده نمیتواند.

تداوی Treatment:-

بعد از تشخیص باید فوراً مداخله جراحی صورت گرفته تدور اصلاح و در صورت امکان سبب آن رفع گردد، در غیر آن امکان

تثقب، اختناق و یا نزف شدید موجود است.

التهابمعده:

a: التهاب‌حاد معده:-

عبارت از عکس العمل التهابی حاد معده بوده که توسط عوامل مختلف بوجود می آید مثلاً استعمال الکهول غلیظ، خوردن بعضی دوا های مخرش مثل Salicylates، اسپرین و غیره که سبب تخریش غشائی مخاطی معده میگردد همچنان خوردن زیاد مرچ و مساله های تند و تیز سبب تخریش و التهاب معده شده میتواند.

b: Acute Suppurative Gastritis:-

توسط Strepto Coccus و میکروب های مولد گاز و غیره بوجود آمده میتواند در این شکل التهاب حالت عمومی مریض بسیار خراب بوده و سیر آن بسیار وخیم است لاکن تعداد وقایع آن بسیار نادر است. در این قسم التهاب معده، مریض در یك لوحهء بطن حاد به شفاخانه مراجعه میکند.

از نظر سریری درد بسیار شدید بطن، شخی عضلات جدار بطن، دلبدی ، استفراق و حساسیت جدار بطن موجود بوده، مریض تب بسیار شدید (بسیار بلند) میداشته باشد، بطن اکثراً نسبت انسداد فلجی تا اندازه منتفخ بوده و مریض در یك لوحه توکسیك (Toxic) میباشد.

تداوی:-

باید درد مریض توسط مسکنات تسکین داده شود مایعات و

اتیولوژی:

معلوم نیست مگر یك تعداد مؤلفین نظر میدهند که امکان دارد تومور مذکور بعد از نزف عضلات جدار بطن که بعد از ترضیضات بوجود میاید پیدا شود. همچنان تومورهای مذکور زیاده تر در نسج ندبی که بعد از عملیاتهای جدار بطن پیدا می شود.

زیاده تر بوجود میآید.

پتالوژی:

اصلاً یك تومور سلیم بوده، میتاستاز نمیدهد. و خواص کشنده ندارد. لاکن قدرت نفوذیهء موضعي، انتشار و استیلائی آن مثل تومورهای خبیث است. بعضاً بعد از کشیدن دوباره پیدا می شود. در بعضی حالات به جوف بطن حتی بخلف پریتوان نفوذ مینماید همچنان بعضاً از Periost عظم عانه عبور نموده و اسستخوان عانه را اشغال می نماید.

نشونمای تومور خیلی بطی بوده لاکن سیر مترقی دارد.

عموماً در قسمت سفلی جدار بطن پیدا گردیده، قوام سخت و رابری دارد، دردناك نبوده، بعضاً متحرك و بعضاً غیر متحرك میباشد. موقعیت آن عمیق بوده و با صفاق عضلی ارتباط دارد.

تداوي:

مثل تومورهای سلیم دیگر توسط عملیهء سادهء جراحی بصورت تام کشیده می شود اما در حالاتیکه منظرهء تومور به خباثت شباهت داشته باشد و یا اینکه تمام عناصر جدار بطن را استیلا نموده باشد

الکترولیت های مریض تنظیم گردد نوعیت و حساسیت میکروب به مقابل انتی بیوتیك معلوم و بعداً انتی بیوتیك مذکور به مریض داده شود.

-:Corrosive Gastritis :c

توسط خوردن مواد اسیدی قوی و یا خوردن مواد قلوی قوی بوجود میآید، البته قبل از اینکه مواد فوق به معده برسد ابتدا غشای مخاطی مری را ماؤف و میسوزاند و بعداً به معده رسیده و سبب ماؤف ساختن غشای مخاطی معده میگردد.

تداوی:-

باید هر چه زودتر یك تیوب در معده داخل گردیده و معده چند بار لواژ گردد اگر تیوب مرجود نباشد به مریض موادی داده شود که استفراق نماید و یا سبب استفراق گردد مثل محلول نمك و غیره

-:Chronic Granulomatous Gastritis :d

التهاب Granulomatous معده امکان دارد همرای توبرکلوز- Syphilis و Sarcoidosis یکجا دیده شود، در صورتیکه التهاب مزمن توبرکلوزیك و یا Syphilitic معده تشخیص شده باشد باید توسط دوا های ضد توبرکلوز و دوا های ضد سفلیس تداوی گردد.

e: التهاب مزمن Hypertrophic معده:-

تشخیص این آفت توسط معاینات میکروسکوپیك صورت میگیرد. در معاینهء میکروسکوپیك التهاب فوق به تعداد زیادی حجرات مدور التهابی در Lamina propria دیده میشود که به

التهاب مزمن معده دلالت مینماید. گرچه یك عده مؤلفین تغیرات فوق را مربوط به تغیرات استحالوی غشای مخاطی دانسته و التهاب معده را تائید مینماید. در معاینه Gastroscopy غشای مخاطی معده اذیمائی احتقانی و شکنند بوده و به اندك تماس خون میدهد.

:Atrophic Gastritis :t

در معاینه Gastroscopy غشای مخاطی معده فوق العاده نازك بوده و التوأت آن از بین رفته و Ischemic معلوم میگردد. در معاینه میکروسکوپیك در طبقه Lamina Propria حجرات مدور التهابی بسیار دیده میشود این التهاب مزمن معده عموماً در اشخاص پیر دیده میشود که اندازهء افراز اسید معدهء این اشخاص نیز بسیار کم میباشد از اینرو عدهء از مؤلفین این التهاب را یك وتیره پیری فکر میکند و عدهء دیگر این التهاب را یك مرحلهء سوم کانسر معده فکر میکنند.

:Peptic Ulcer

بنام Acid peptic Diseasis نیز یاد میگردد. قرحه های peptic عبارت از آن قرحه های است که از تاثیر مشترك اسید و Pepsin در غشای مخاطی بوجود میآید. این قرحه ها طبقه مخاطی، تحت مخاطی و طبقه عضلی قنات هضمی را .استیلا نموده میتواند. این قرحه ها در غشای مخاطی معده و اثناعشر فوق العاده عمومیت دارد. اما در قسمت های دیگرقنات هضمی مثل قسمت سفلی مری، Meckle Diverticulum یا رتج میکل، Jejunum

و در ساحهء انستوموز قنات هضـــمی و غـیره نیز دیده شده میتواند قــرحــه های Peptic که در ساحهء انستوموز Anastomosis بوجود میـآیـد، بنام هـای Marginal Ulcer ،Stomal Ulecr ، Anastomotic Ulcer† ،Surgical Ulcer نیز یاد میگردد.

محیط قرحه های Peptic لشم بوده و زمین آن امکان دارد پاك و یا اینکه توسط Exodate خاکی رنگ پوش شده باشد، زمین و محیط قرحه نسبت موجودیت نسج ندبی بسیار سخت میباشد. در بعضی حالات قرحه های Peptic بسیار عمیق شده و تا به طبقه سیروزا میرسد، که در این قسم حالات از بیرون قابل تشخیص میباشد، زیرا در ساحهء قرحه التصاقات موجود بوده و هم در این قسمت یك نوع تندب به نظر میرسد.

قرحه های Peptic معده و اثناعشر با وجود اینکه تحت یك عنوان یعنی تحت عنوان قرحه های Peptic مطاله میگردد، اما در حقیقت این هر دو، دو مرض جداگانه بوده و از هم دیگر فرق زیاد دارد که فرق های بسیار عمده آن قرار ذیل است.

۱- جنس:- از نظر جنس قرحه های معده در مرد ها نسبت به زنها دو برابر است در حالیکه قرحه های اثناعشر در مرد ها نسبت به زنها هفت برابر است.

۲- قرحه های اثناعشر در عمر متوسط ۴۰-۳۰ سال بسیار عمومیت دارد در حالیکه قرحه های معده به هر اندازه که عمر زیاد شده میرود، واقعات این قرحه ها هم بیشتر شده میرود.

۳- کسانیکه گروپ خون (A) دارد زیاد تر به قرحه های معدوی و کسانیکه گروپ خون (O) دارد زیاده تر به قرحه های اثناعشری مصاب میگردد.

٤- در بعضی ممالك قرحه های اثناعشر زیاد عمومیت دارد مثلاً امریکا که اندازه قرحه های اثناعشر نسبت به قرحه های معده ٦ تا ۷ برابر است، حالانکه در جاپان قرحه های معده بسیار عمومیت دارد.

٥- موضوع بسیار مهم در بین قرحه های اثناعشر و معده موضوع افراز اسید کلورهیدریك است، که این دو نوع قرحه های را بلکل از هم جدا میسازد و حتی عنوان عمومی قرحه های Peptic را نا مناسب و ناموزون میسازد، آن اینکه در قرحه های اثناعشر اندازه افراز اسید بسیار زیاد بلند رفته میباشد، حالانکه در قرحه های Peptic معده اندازه این اسید نورمال و حتی از نورمال هم بعضاً یك اندازه پائین میباشد .

در قرحه های معده اندازه اسید کلورهیدریك صرف در دو حالت بلند میباشد یکی اینکه با قرحه معده قرحه اثناعشر یکجا موجود باشد دوم اینکه قرحهء معده در ساحه Prepyloric واقع باشد که در اینجا هم اگر خوب دقت شود سبب بلند رفتن اسید در حقیقت مربوط قرحه اثناعشر است.

٦- از نظر تداوی قرحه های اثناعشر اکثراً به مقابل تداوی داخلی نتیجه میدهد. و نتیجه تداوی جراحی آن چندان خوب نیست (زیرا بعد از عملیات اکثراً قرحه های اثناعشر دو باره پیدا میشود و یا

اینکه در ساحه Anastomose قرحه تولید میگردد). اما بر عکس در قرحهء معده تداوی داخلی چندان مؤثر واقع نشده اما نتیجه تداوی جراحی آن بسیار خوب است.در سابق چنین نظر موجود بود که قرحه های معده به کنسر تبدیل میشود اما حالا چنین نظر موجود است که قرحهء معده برای همیش قرحهء معده است و قرحه های معده که به کنسر تبدیل میشود در حقیقت از همان آغاز طبعیت کنسری دارد، قبلاً نیز اشاره نمودیم که در تشکل قرحه های Peptic در پهلوی افرازات معدوی بعضی فکتور های دیگر رول بزرگ دارد که در جمله این فکتور ها یکی هم مقاومت موضعی انساج یا Local tissue Resistance میباشدو مقاومت موضعی غشای مخاطی معده و اثناعشر توسط فکتور های ذیل تامین میگردد:

a: سالم بودن حجرات غشای مخاطی معده و اثناعشر

b: ترمیم دو باره اپتیل غشای مخاطی معده و اثناعشر به صورت فوری و متداوم

c: اروای درست غشای مخاطی معده و اثناعشر

d: پوش شدن غشای مخاطی معده و اثناعشر توسط مخاط نورمال (زیرا پوش شدن غشای مخاطی توسط مخاط غیر نورمال کدام رول حفاظتی غشای مخاطی نه دارد)

میخانیکیت افرازات معدوی به صورت درست معلوم نیست زیرا افرازات معدوی توسط یك میکانیزم فوق العاده مغلق تنظیم و اداره میگردد که به صورت عموم از فکتور های عصبی خلطی و کیمیاوی

عبارت بوده زمانیکه این فکتور ها تنبه گردد افرازات معدوی بیشتر گردیده و زمانیکه فکتور های مذکور نهیه گردد افرازات معدوی تناقص مینماید.

تنبهء افرازات معدوی:

در افراز فزیولوژیك معده سه صفحه وجود دارد :

۱-صفحه عصبی:

این صفحه توسط دیدن، بوی کردن، خوردن و یا نوشیدن غذا شروع میگردد ، در این صفحه تنبهات از آخذه های که در قشر دماغ موجود است شروع گردیده و بعداً نوهء واگوس را تنبه مینماید و بعد تنبه مذکور توسط الیاف مرسله عصب واگوس تا معده رسیده و سبب تنبه حجرات جداری و انترم معده میگردد که در نتیجه آن اسید کلورهیدریك افراز میشود البته این را هم باید گفت که یك تعداد مواد کیمیاوی مثل هستامین (Histamine) اسید کلورهیدریك و هورمون گسترین نیز باعث تنبه عصب واگوس شده میتواند، بناً گفته میتوانیم که در تمام حالاتیکه Vagal tone یا Vagal Impules زیاد گردد سبب زیاد شدن افرازات معده شده میتواند.

۲-صفحه معدوی:-

این صفحه توسط هورمون گسترین شروع میگردد و هورمون مذکور توسط انترم معده در اثر فکتور های ذیل افراز میگردد.

a: توسع انترم معده توسط هوا ، مواد غذائی و مایعات

b: تنبه عصب واگوس

c: تماس محصولات پروتینی هضم شده باغشای مخاطی انترم

۳-صفحه معائی:-

این صفحه در افرازات معدوی سهم کم دارد این صفحه زمانی آغاز میگردد که مواد غذائی اسیدی و یا خنثی وارد امعای رقیقه گردد، این مواد سبب تنبه جدار امعأ گردیده و در نتیجه آن یك هورمون مشابه گسترین آزاد میگردد که این هورمون سبب تنبه و فعال شدن میکانیزم خلطی میگردد.

نهیه افرازات معدوی:

افرازات معدوی امکان دارد در بعضی حالات تهیجی نهیه شود که این نهیه توسط اعصاب حشیوی و عصب واگوس صورت میگیرد، علاوه برآن این هم واضح شده که زیاد شدن و کم شدن افرازات معده تا اندازه زیاد توسط Autoregulatory میکانیزم تنظیم میگردد مثلاً زمانیکه محتوی معده فوق العاده اسیدی گردد یعنی PH آن از (۱,۵) پائین شود افراز هورمون گسترین توسط Autoregulatory میکانیزم (میکانیزم تنظیم کننده بنفسهی) نهیه میگردد، همچنان زمانیکه در قسمت های علوی امعای رقیقه اندازه نمك های صفراوی، افرازات پانقرانس و مواد شحمی فوق العاده کم و یا هیچ موجود نباشد هورمون Entrogastrone آزاد گردیده که این هورمون افرازات اسید کلورهیدریك امعا را نهیه مینماید.

میکانیزم واسباب قرحه های Peptic:-

میکانیزم تولید شدن قرحه های Peptic به صورت درست معلوم

نیست لاکن فکتور های ذیل در تشکل قرحه های مذکور رول دارد.

۱: زیاد شدن افرازات اسید معده:

تاثیر افرازات اسید معده در تشکل قرحه های Peptic تقریباً ثابت است و فکتور های که سبب زیاد شدن افرازات اسید معده میگردد قبلاً ازآن تذکر شده است.

۲: کم شدن مقاومت موضعی:

کم شدن مقاومت موضعی جدار معده و اثناعَشر خصوصاً کم شدن مقاومت غشای مخاطی معده و اثناعشر در تشکل قرحه های -Pep tic رول بسیار عمده دارد و عوامل که سبب کم شدن مقاومت غشای مخاطی معده و اثناعشر میگردد قبلاً شرح گردید.

۳: زود تخلیه شدن محتوی معده:

تعداد از مؤلفین عقیده دارد که زود تخلیه شدن محتوی معده در تشکل قرحه های اثناعشر رول دارد، مگر دراکثر مریضانیکه قرحهٔ اثناعشر دارند، تخلیه شدن محتوی معده آن نورمال است.

٤: تشوشات افراز مخاط معده واثناعشر:

یك فکتور عمده در تشکل قرحه های Peptic کم بودن مخاط و یا تغیر در اوصاف مخاط میباشد (اندازه مخاط کم نمیباشد بلکه مخاط غیر نورمال بوده و اوصاف آن تغیر کرده میباشد) طوریکه میدانیم حجرات غشای مخاطی اپتیل معده، غدوات Prepyloric و غدوات Brunner اثناعشر مخاط افراز مینماید که مخاط مذکور غشای مخاطی معده و اثناعشر را پوش و آنرا در مقابل اسید و

Pepsin محافظه مینماید، زمانیکه اندازه مخاط فوق تناقص نموده و قدرت محافظه وی خویش را از دست بدهد و یا اینکه اندازه آن نورمال بوده اما اوصاف کیمیاوی آن تغیر نموده باشد (مخاط غیر نورمال باشد) غشای مخاطی معده و اثناعشر را درست محافظه کرده نتوانسته در نتیجه مقاومت موضعی غشای مخاطی معده و اثناعشر سقوط کرده وسبب تشکل قرحه Peptic میگردد.

۵: امکان دارد افرازات پانقرانس و اثناعشر قدرت -Neutraliz ing و Buffering خویش را از دست داده باشد از اینرو برای تشکل قرحه های Peptic شرایط مساعد میگردد.

۶: فکتور های جنیتیک:-

فکتور های جنیتیک نیز در تشکل قرحه ها رول دارد، زیرا کسانیکه گروپ خون شان (A)است زیاده تر به قرحه های معده و کسانیکه گروپ خون شان (O) است زیاده تر به قرحه های اثناعشر مبتلا میگردد.

۷: از روی احصایه های گرفته شده دیده شده است که قرحه های Peptic با یك تعداد امراض دیگر یکجا دیده میشود، از اینرو امکان دارد امراض فوق به اساس کدام میکانیزم نامعلوم در تشکل قرحه های مذکور سهم داشته باشد.

۸: Adrenal Gland:-

در یك تعداد مریضان که برای مدت زیاد تحت تداوی ستروئید Steroid قرار داشته باشد، در آنها قرحه های Peptic زیاد پیدا

شده که بنام Steroid Ulcer یاد میگردد. از اینرو گفته میتوانیم که هورمون های غدوات Adrenal به اساس کدام میکانیزم نامعلوم در تشکل قرحه های مذکور رول دارد. دراین مورد عدهء زیادی از مولفین چنین عقیده دارد که امکان دارد هورمون Steroid سبب تناقص حجم مخاط و یا تغیر اوصاف کیمیاوی گردد

۹: Stress:

از یك سو توسط احصایه ها و از سوی دیگر توسط تجارب بالای حیوانات معلوم شده است که فشار های روحی، خستگی عمومی و زجرت ها در پیدا شدن قرحه های معده و اثناعشر رول دارد به هر اندازه که پرابلم های اجتماعی بیشتر میگردد به همان اندازه، اندازه قرحه های Peptic نیز زیاد میگردد. همچنان در اشخاصیکه زیادتر مبتلای فشار های روحی دوامدار و زجرت ها اند در آنها قرحه های Peptic زیاد دیده میشود. از این سبب به قرحه های فوق نام Stress Ulcer داده شده است.

۱۰: سوختگی:-

در مریضانیکه مصاب سوختگی وسیع جلد شده در آنها قرحه های Peptic زیاد دیده میشود که بار اول این موضوع توسط Curling کشف گردید از اینرو این قرحه ها بنام Curling Ulcer یاد میگردد.

۱۱: آفات دماغی:

این موضوع که آفات دماغی و ترضیضات دماغی در تولید قرحه

باید تومور با تمام ساحهء که در آن قرار دارد کشیده شود یعنی جلد، عضلات و پریتوان همه دور گردیده بعد ساحه توسط پوست و صفاق پیوند گردد.

۲- تومورهای خبیث جدار بطن:

بصورت عمومی بدو دسته تقسیم سده است:

الف- تومورهائیکه منشاء خود را از عناصر جدار بطن گرفته باشند:

بنام تومورهای ابتدائی جدار بطن نیز یاد میگردد. در جملهء تومورهای خبیث جدار بطن Neurogenic Sarcoma بسیار عمومیت دارد که تقریباً نصف وقائع تومورهای بطن را تشکیل میدهد. همچنان Rhabdomyo Sarcoma و Spindle cell Sarcoma بعضاً در جدار بطن پیدا شده میتواند.

تومورهای خبیث جدار بطن بدون Melanoma همهء شان بمقابل تداوی شعاعی مقاومت دارد. از اینرو باید تمام تومورهای خبیث جدار بطن بمجرد تشخیص شدن فوراً بصورت جذری کشیده شوند یعنی جلد، عضلات و پریتوان جداربطن همه برداشته و دور شوند. در حالاتیکه Epidermoid Carcinoma در یك نسج ندبی جدار بطن (ندبه های عملیاتی جدار بطن) پیدا شود فوق العاده خبیث و انزار بسیار خراب دارد.

ب- تومورهای خبیث ثانوی جدار بطن:

عبارت از تومورهای اندکه منشاء خود را از عناصر جدار بطن اخذ

های معده و اثناعشر رول دارد بار اول توسط Cushing شرح گردید از اینرو این قرحه ها بنام Cushing Ulcer یاد میگردد. از اینکه تومور های دماغ، انتانات دماغی، ترضیضات دماغی وغیره به کدام میخانیکیت سبب Peptic Ulcer میشود هنوز فهمیده نشده است.

۱۲:ادویه‌جات:

بعضی دوا ها مثـل Indomethacine, Phenylebutazone, Aspirineو غیره ازسبب کدام میـخانیـکیت نـامعـلوم بـاعـث تخریش و جروحات غشائی مخاطی معده و اثناعشر گردیده و سبب Erosive Gastritis و Hemorrhagic میـگـردد لاکـن بعضی مولفین به این عقیده اندکه ادویه های فوق امکان دارد سبب تناقص افراز مخاط شده و زمینه را برای تشکل قرحه ها مساعد سازد، ازاینرو در مریضانیکه قرحه های معده و اثناعشر دارد، باید ادویه های فوق داده نشود، کافین و نیکوتین هم افرازات معده را تنبه مینماید از اینرو کسانیکه قرحه های معده و اثناعشر دارد باید از خوردن کافی و گرفتن نیکوتین منع گردد (از استعمال تنباکو و کافی منع شود).

۱۳: Werner's Syndrome:

سندورم تومور های غدوات اندوکرین بار اول از طرف Ellison و Zollinger تشریح گردیده از اینرو بنام Zollinger Ellison-Syndrome یاد میگردد این سندورم عبارت است از: قرحه های Peptic به صورت وخیم سیر کرده و موقعیت این قرحه ها غیر

وصفی بوده در مقابل تداوی جراحی و داخله نتیجه نمیدهد و سبب اختلاطات بسیار زیاد میگردد. از قبیل تثقب، تضیق، نزف و غیره که این قرحه های Peptic بادیگر قرحه های peptic کاملاً متفاوت میباشد، در بعضی مریضان با قرحه های مذکور اسهال بسیار وخیم نیز موجود می باشد اندازه افرازات معده فوق العاده بلند رفته و مریض تومور پانقرانس که انسولین (Insuline) افراز نمینماید (از حجرات الفا و بیتا منشه نگرفته) نیز میداشته باشد، تداوی سندروم فوق مشکل و حتی خارج امکان میباشد.

اعراض وعلایم سریری:

عرض بسیار عمده یك قرحه فعال اثناعشر درد است، که از روی وصف درد موقعیت درد و ارتباط آن با غذا اهمیت تشخیص زیاد دارد.

a: **موقعیت درد:**- درد قرحه اثناعشر در ناحیه Epigastric و از خط متوسط بطرف راست موقعیت دارد.

b: **نوعیت درد:**- یك نوع درد سوزنده بوده و مریض یك نوع فشار را احساس مینماید مگر در تمام مریضان یکسان نمیباشد.

c: ارتباط درد با غذا:- درد قرحه های اثناعشر با غذا ارتباط صمیمی دارد به هر اندازه که مریض گرسنه و معده اش خالی باشد به همان اندازه درد شدت پیدا میکند و خوردن غذا سبب تسکین درد میگردد، همچنان اگر غذائی بسیار گرم و یا بسیار سرد خورده شود سبب ازدیاد درد میگردد. آب، شیر و انتی اسید برای تسکین درد

اهمیت خاص دارد (آب سبب رقیق ساختن اسید ها، شیر و انتی اسید در خنثی ساختن اسید معده رول بازی میکند).

d: **شروع درد:** درد عموماً وقتی شروع میگردد که معده خالی باشد مثلاً ساعت ۱۰ قبل از ظهر ساعت ۱۲ بجه شب ساعت ٤ یا ٥ بجه صبح و غیره.

e: **وصف درد:** یك وصف بسیار عمده درد های قرحه اثناعشر این است که درد های مذکور پیریودیك (Periodic) بوده طوریکه در شروع مرض پیریود ها بسیار کوتاه و مسافه یا زمان بین دو پیریود بسیار زیاد میباشد، مگر به هر اندازه که قرحه ها کهنه شده میرود، به همان اندازه پیریود های درد طولانی گردیده و مسافه بین دو پیریود کوتاه میگردد و بلاخره درد شکل دایمی را بخود اخذ مینماید. همچنان وخامت درد و اختلاطات مرض در موسم بهار و خزان عمومیت دارد.

f: **انتشار درد:** درد های قرحه های اثناعشر به صورت عموم به شکل یك کمر بند در قسمت علوی بطن انتشار مینماید، تنها در حالاتیکه قرحه ها به خلف پانقرانس نفوذ کرده باشد امکان دارد درد به کمر نیز انتشار نماید.

معاینات رادیولوژیك:

در مراحل اولی مرض با تشخیص کمك کرده نمیتواند اما در مراحل پیشرفته وقتیکه قرحه سبب تضیق گردد، رادیوگرافی با مواد

کثیفه در تشخیص مرض رول بسیار بزرگ دارد در کلیشهء رادیوگرافی ناحیهء متضیق، سوئی شکل اثناعشر و موجودیت Crater به صورت واضح معلوم شده میتواند.

اندازه‌کردن Hcl از طرف‌شب:

در حالت نورمال اندازه Hcl مجموعی ۱۲ ساعت از طرف شب در حدود ۱۸ ملی اکیولانت میباشد و در قرحه اثناعشر اندازهء در حدود ۶۵ ملی اکیولانت بالا میرود. و کسانیکه قرحه معده دارد، اندازه Hcl آن در حدود ۱۲ ملی اکیولانت میباشد.

Augmented Histamine Test:

برای اجرای این تست به مریض از طرف شب غذا داده نمیشود و بعد از طرف صبح توسط یك تیوب انفی معدوی تمام عصارهء معده کشیده شده بعد به مریض در مقابل هر کیلو گرام وزن بدن آن یکتیم ملی گرام هستامین زرق میگردد، بعد تا دو ساعت در هر ۱۵-۱۵ دقیقه عصارهء معده آن کشیده شده و اندازهء ایون H در هر لیتر تعین میشود

تشخیص:

از روی اعراض، معاینات رادیولوژیك، تاریخچه و دیگر معاینات که در فوق ذکر شد واضح میگردد.

تداوی:

در بخش دروس داخله مطالعه میشود؛ در اینجا صرف از بعضی

نقاط آن یاد آوری مینمایم.

a: تداوی دوامدار یا محافظوی:

هدف از این تداوی این است که از یك طرف کوشش نمایم که اندازه افرازات را کم نمایم و از سوی دیگر تاثیر افرازات معدوی کم ساخته شود، از اینرو باید از یك طرف کوشش شود تا جلو تمام فکتور های که سبب ازدیاد افرازات اسید معده میگردد گرفته شود و تمام غدا های که سبب تخریش غشای مخاطی معده و اثناعشر میشود مریض از آن منع گردد. مواد شحمی هم به مریض داده نمیشود زیرا بسیار وقت در معده میماند و سبب دوام افرزات هورمون گاسترین میشود. و از طرف دیگر باید اسید معده توسط آب، شیر و مایعات رقیق و بی تاثیر گردد، و مریض عوض اینکه سه وقت غذا بخورد، باید در هر سه ساعت کم کم غذا بخورد، همچنان به مریض ادویه های که سبب تخریش غشای مخاطی معده و اثناعشر میگردد مثلاً اسپرین، ستیروید وغیره جلوگیری به عمل آید.

b: تداوی Acute Exacerbation اثناعشر:-

تداوی قرحه های اثناعشر که اعراض آن به صورت حاد فوق العاده شدت پیدا نموده باشد به صورت ذیل اجرا میگردد.

۱: استراحت مطلق در بستر

۲: Nasogastric Suction

۳: دادن ادویه انتی اسید (Anti acid)

٤: دادن ادویه Anti cholenergic

۵: دادن مسکنات برای تسکین درد

C: تداوی اختلاطات قرحه های اثناعشر:-

اختلاطات بسیار عمده قرحه های اثناعشر عبارت از نزف، تضیق پیلور، انسداد، تثقب و تعندیا Intractability قرحه های مذکور به مقابل تداوی داخلی است.

۱: تعند (عناد) قرحه به مقابل تداوی داخلی:-

از روی احصایه ها تثبیت شده که تقریباً ۲۰٪ این قرحه ها به مداخله جراحی ضرورت پیدا مینماید زیرا با تداوی داخلی اعراض و پیشرفت قرحه ها تحت کنترول آمده نمیتواند از یانکه قرحه های مذکور چرا به مقابل تداوی داخلی تعند مینماید هنوز خوب دانسته نشده است مگر فکر میشود که امکان دارد بعضی فکتور ها در زمینه دخیل باشد مثل زندگی خانوادگی مریض، شرایط محیطی، اقتصادی، شرایط کار، شغل وغیره.

۲: نزف: از جمله تمام وفیات که در قرحه های اثناعشر صورت میگیرد ۴۰٪ آن مربوط به نزف است همچنان گفته میتوانیم که نزف های قسمت های علوی قنات معدوی معائی ۸۰٪ مربوط به قرحه های اثناعشر میباشد، اگر به این مریضانیکه نزف قسمت علوی قنات هضمی دارد مواجه شویم باید اجرأت ذیل صورت گیرد:

a: قبل از اینکه مریض تشخیص و یا سبب اساسی نزف را معلوم سنمائیم کوشش شود که مریض از مرگ نجات داده شود که برای این منظور از همه اولتر Hypo volemic shock و یا

Hemorrhsgic shock تداوی گردد که یگانه تداوی آن اعادهء خون ضایع شده مریض و توقف دادن نزف است، لاکن تا زمانیکه به مریض خون تهیه میشود به مریض از طریق ورید مایعات کلوئیدل، پلازما و غیره مایعاتیکه زود از دوران خارج نمیشود داده شود. خون مریض جهت typing و Crosse matching گرفته شود یك کتیتر در مثانه جهت معلوم کردن Out put ادرار و یك کتیتر در معده جهت لواژ معده با سیروم سرد گذاشته شود و ذریعه لواژ فوق تمام خون و علقه خون از معده کشیده شود تا جدار معده فرصت تقلص پیدا نماید متقلص شدن و خورد شدن معده در توقف نزف سهم بزرگ دارد و در عین زمان جهت آرام ساختن مریض به مریض فینوباربیتال داده شود.

b: زمانیکه شاك تداوی و تحت کنترول اورده شود بعداً سبب نزف تشخیص و تداوی گردد. برای این منظور از مریض تاریخچهء مکمل گرفته شود و در عین زمان از نزف، قرحهء معده، ریپچر دوال های مری و نزف Hemorrhagic Gastritis تفریق و جدا گردد بعداً تداوی اساسی منبع نزف شروع گردد.

تداوی:

a: تداوی داخلی:-

در دروس داخله به صورت مفصل مطالعه میگردد در اینجا صرف از بعضی نقاط اساسی یاد آوری میشود. در مرحله اول بسیار کوشش شود که معده مریض خالی نگاه داشته شود، تا به این وسیله

به جدار معده فرصت تقلص و خورد شدن داده شود و نزف به صورت بنفسهی متوقف گردد. از طرف دیگر باید تاثیر اسید معده خنثی ساخته شود که برای این منظور از تداوی Milk drop استفاده میشود یعنی قطره قطره شیر داخل معده از طریق کتیتر انداخته میشود، مگر این طریقه نسبت اینکه از یك سو سبب توسع معده و از سوی دیگر تاثیر خنثی ساختن اسید آن نسبت به خود خون کمتر است چندان مفید شمرده نمیشود. با تداوی فوق اکثراً نزف مریضان توقف مینماید که بعد از توقف نزف به مریض رژیم غذائی قرحه های حاد اثناعشر شروع و بعداً به رژیم غذائی دوامدار یا محافظوی مبدل میگردد.

b: تداوی جراحی:- در حالاتیکه درتاریخچهء مریض معلوم گردد. که مریض یك یا دو حمله نزف را قبلاً نیز گذشتانده و یا انیکه دیده شود تداوی داخله نتیجه نمیدهد از تداوی جراحی استفاده میگردد.

۳:انسدادپیلوریاابواب:-

در حالاتیکه قرحه اثناعشر برای مدت ها دوام نماید نسج ندبی در ساحه تولید و آهسته آهسته قسمت ماؤف تنگ گردیده تا بلاخره باعث انسداد گردد لاکن انسداد پیلور از سبب Duodunitis و Antral Gastritis نیز بوجود میآید که در جدا ساختن این دو نوع انسداد تاریخچهء مریض کافی است در حالاتیکه انسداد تاریخچه طولانی قرحهء اثناعشر داشته باشد،

انسداد مربوط به قرحه اثناعشر است اما در حالاتیکه قرحه اثناعشر بسیار تازه بوده و فرصت برای جور شدن نسج ندبی پیدا نه شده انسداد مربوط به Duodunitis و Antral Gastritis میباشد، که در این صورت به عملیات جراحی ضرورت نیست برای تداوی انسداد فوق فوراً به مریض N.G.Tube تطبیق و از غذا خوردن و نوشیدن منع ساخته شود، مایعات و الکترولیت های مریض تنظیم گردیده، زمانیکه در معاینه فلوروسکوپیک مشاهده شد که از ناحیه انسداد کم کم مواد غذائی شروع به خارج شدن نماید تیوب انفی بلعومی (N.G.Tube) کشیده شده و به مریض رژیم غذائی قرحه های حاد اثناعشر شروع گردد (Acute Exacerbation) اما در حالاتیکه سبب انسداد نسج ندبی قرحه مزمن اثناعشر بوده باشد، فوراً مریض در شفاخانه بستر گردیده تیوب انفی معدوی تطبیق، مایعات و الکترولیت مریض تنظیم و بعداً به عملیات جراحی اقدام میشود و توسط جراحی ناحیه متضیق برداشته شده و پارچهء Distal اثناعشر با معده انستوموز میگردد. از طریقه های عملیات ضرور نیست در اینجا بحث شود.

٤ـ تثقب:

تثقب یك اختلاط فوق العاده دراماتیك و كشنده قرحه های اثناعشر میباشد، زمانیکه اثناعشر سوراخ گردد خون و محتوی امعأ داخل جوف پریتوان تخلیه میگردد، در نتیجه یك پریتونیت بسیار وخیم و منتشر بوجود میآید از نظر سریری مریض درد شدید ناحیه

Epigastric داشته که این درد به صورت آنی شروع میگردد، جدار بطن درد ناك و حساس بوده عضلات جدار بطن سخت و Spastic میباشد، دلبدی و استفراق موجود و حالت عمومی مریض فوق العاده خراب میباشد، در قسمت علوی جوف بطن از سبب موجودیت هوا طبلیت موجود میباشد، اگر رادیوگرافی ساده بطن به حالت استاده و یا نشسته گرفته شود، در تحت حجاب حاجز هوا دیده شده میتواند، چون یك اندازه مایعات در جوف بطن، جدار امعأ و جوف امعأ تجمع نموده و از سوی دیگر یك اندازه مایعات توسط استفراق خارج شده میباشد، مریض در یك لوحه Hypo volemic shock میباشد، نبض مریض سریع و خطی بوده ، فشار پائین نهایات خاسف و سیانوزی و Renal out put تناقص نموده میباشد اندازه هیموگلوبین و هیماتوکریت از سبب ضایع شدن پلازما بلند رفته میباشد.

تشخیص:-

از روی اعراض، علایم، تاریخچه و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد.

تداوی:

تداوی جراحی قرحه های اثناعشر به دو دسته جدا میشود یکی تداوی جراحی قرحه اثناعشر و دوم تداوی اختلاطات قرحه اثناعشر.

تداوی تثقب اثناعشر:-

تثقب اثناعشر که در اثر قرحهء های اثناعشر بوجود میآید به دو

نکرده بلکه از تومورهای خبیث قسمت های دیگر عضویت بجدار بطن میتاستاز داده.

تومورهای خبیث معده، کولون، امعای رقیقه، کلیه ها، رحم ومبیض بسیار به زودی بجدار بطن میتاستاز میدهد. تومورهای خبیث ثانوی در محیط سره بسیار عمومیت داشته که در مرحلهء اول به شکل یك کتلهء سخت نمایان می گردد که بنام Sister Joseph sign یاد میگردد.

۵- انتانات جدار بطن:

انتانات جدار بطن مانند انتانات دیگر قسمتهای عضویت بوده از اینرو در بحث انتانات مطالعه خواهد شد. حالا از مطالعهء آن صرف نظر می کنیم و در اینجا صرف انتانات سره را مورد مطالعه قرار میدهیم. انتانات سره هم در نوزادان دیده شده میتواند و هم در کاهلان. لاکن در کاهلان سیر آن وخیم نیست اما در نوزادان سیر آن وخیم و بعضاً کشنده میباشد.

۱- التهاب سره نوزادان (Omphalitis)

التهاب سره در نوزادان بسیار عمومیت دارد و عموماً از عدم مراعات شرایط معقم در وقت قطع کردن حبل بوجود میآید. خصوصاً در مملکت ما که اکثراً با دستهای بدون دستکش های معقم و استعمال کارد یا چاقو نا معقم صورت می گیرد و نیز بعد از قطع کردن عوض اینکه توسط گاز معقم پانسمان گردد توسط تکه های ملوث بسته میشود که این شرایط زمینه را برای

نوع میباشد:

۱: **تداوی تثقب قرحه حاد:-** در صورتیکه قرحه حاد بوده و در تاریخچه مریض اعراض قرحهء سابقه نداشته باشد و نیز در وقت عملیات دیده شود که نسج ندبی که نمایندگی از قرحهء مزمن مینماید وجود نداشته باشد تداوی آن بسیار ساده و آسان است، تنها کنار های قرحه پاك و Debride گردیده و توسط کوك های خلقوی دوخته میشود.

۲: **تداوی تثقب قرحه مزمن:-**

نتیجه تداوی و انذار مرض در تثقب قرحه های مزمن مربوط به آن است که بعد از تثقب مریض فوراً آماده عملیات گردیده و عملیات میشود و یا اینکه زمانی به آن گذشته و بعداً به عملیات جراحی اقدام میشود. اگر مریض قبل از انکه حالت عمومی وی خراب شود، پریتونیت تأسس کند و یا موازنه مایعات والکترولیت ها برهم خورد عملیات شود نتیجه فوق العاده خوب خواهد بود اما اگرمریض بعد از تثقب زود عملیات نشود، حالت عمومی مریض رو به خرابی برود، موازنهء مایعات و الکترولیت برهم گردد ، پریتونیت تأسس نماید، که دراین اثنا عملیات نتیجه درست ندارد و انذار آنقدر خوب نیست.

در مورد تداوی تثقب قرحه های مزمن دو نظر موجود است یکی اینکه باید اول تنها قرحهء که تثقب کرده بعد از Debridment با چند کوك حلقوی دوخته شده لاکن چون محیط قرحه التهابی و شکنند میباشد باید کوك ها یك اندازه از حوافی قرحه دورتر زده شود و یك

اندازه ثرب نیز بالای ساحه مثقوبه تثبیت گردد، بعضاً بدون اینکه تثقب به صورت حلقوی دوخته شود صرف یك اندازه ثرب بالای آن تثبیت میگردد که این عمل سه فایده دارد، یکی اینکه از تضیق جلوگیری میشود زیرا در اینجا تثقب هیچ دوخته نمیشود، دوم خطر ریچر دو باره تثقب هیچ وجود ندارد، زیرا در صورت دوختن تثقب خطر چلیدن کوك ها موجود است (نسج محیط تثقب که در آن کوك زده میشود بسیار شکننده است) وقتیکه پارچه ثرب گذاشته میشود چند کوك محدود جهت تثبیت شدن ثرب بسیار دور از ساحه مثقوبه گذاشته میشود از اینرو خطر چلیدن کوك ها موجود نیست، فایده دیگر گذاشتن ثرب این است که از پیشرفت تندب و پیدا شدن نسج لیفی جلوگیری میشود و عملیات که بعداً در ساحه اجرا میگردد آسانتر میباشد و در صورت دوختن قرحه به اندازه زیاد نسج ندبی و التصاقات در ساحه پیدا شده و عملیات بعدی را مشکل میسازد.

نظریه دوم این است که تداوی تثقب با قرحه یکجا صورت بگیرد، مگر امروز مولفین میگریند که باید تصمیم در ساحه عملیات نظر به وضع قرحه، حالت عمومی مریض و اندازه تندب اتخاذ گردد، اگر جراح مشاهده نماید که تثقب در موقعیت قرار دارد که دوختن و آزاد کردن ساحه تندبی بسیار مشکل است، باید Gastroenterctomy، Vagotomy و Partial Gastrectomy یکجا اجرا گردد که البته در این عملیات قرحه سوراخ شده خود به خود برداشته میشود، همچنان در یك حادثه دیگر که مریض زودتر به شفاخانه مراجعه نموده

باشد، پریتونیت هنوز تأسس نه نموده باشد و حالت عمومی مریض بسیار خوب باشد، در این صورت نیز بهتر است با تداوی تثقب معده (اختلاط قرحه) تداوی جراحی اصل قرحه را نیز انجام بدهیم، لاکن در حالاتیکه وضع عمومی مریض خراب باشد ناوقت مراجعه نموده باشد و پریتونیت تأسس کرده باشد در این صورت جراح صرف پرابلم موجود یعنی تثقب قرحه و پریتونیت را تداوی نموده و تداوی قطعی قرحه معده بعداً توسط عملیات جداگانه صورت میگیرد.

یك نظریه دیگر در مورد تثقب قرحه ها این است که عدهء از مولفین میگریند تثقب به صورت بنفسهی با آمدن پارچه ثرب بند میشود و ضرورت به عملیات نیست صرف به مریض از طریق دهن چیزی داده نشود معده توسط Nasogastric Tube خالی نگاه داشته شود و جهت وقایه انتان انتی بیوتیك داده شود، مگر امروز هم این نظریه به دو بخش جدا شده یکی اینکه اگر مریض در مرحله اول به شفاخانه مراجعه نمود، حالت عمومی وی خوب بود، پریتونیت تأسس نه نموده بود باید مداخله جراحی صورت بگیرد و اگر مریض ناوقت به شفاخانه مراجعه نماید، پریتونیت تأسس نموده باشد، بی موازنگی مایعات و الکترولیت ها موجود باشد و در پهلوی اگر مریض مصاب آفات مزمن قلبی ویاریوی باشد، بهتر است از تداوی محافظه کار استفاده شود که به این منظور به مریض Nasogastric tube تطبیق نموده از دهن چیزی داده نشود مایعات و الکترولیت هایش تنظیم گردد و به صورت وقایوی انتی

بیوتیك داده شود، بعد مریض تحت مراقبت بسیار جدی قرار داده میشود اگر دیده شود حالت مریض رو به بهبودی است به تداوی خویش ادامه میدهیم و اگر دیده شود که حالت عمومی مریض رو به خرابی است فوراً به مداخله جراحی اقدام میشود، این را هم باید عرض کرد که امروز اکثر جراحان مخالف تداوی محافظوی بوده و میگویند که هرچه زودتر مریض جهت عملیات آماده ساخته شده و عملیات گردد، در اثنای عملیات تشقب توسط ثرب مسدود گردد، تمام قیح از جوف پریتوان دور شود و در صورت لزوم (Gastrostomy) نیز اجرا گردد.

راجع به تداوی اختلاطات قرحه معده و اثناعشر تا یك اندازه به صورت بسیار مختصر معلومات داده شد، حالا تداوی خود قرحه ها را مطالعه مینمایم.

تداوی جراحی قرحه های اثناعشر:-

هدف از تداوی جراحی قرحه های اثناعشر این است که توسط یك عملیه جراحی منبع که اسید افراز مینماید برداشته شود و یا اقلاً کم ساخته شود و از طرف دیگر فکتور های را از بین ببریم، که منبع اسید معده را تنبه مینماید، از اینرو در اثنای عملیات جراحی کوشش میشود که شعبات عصبی عصب واگوس که انترم و جسم معده را تعصیب مینماید قطع گردد تا جسم معده که اسید افراز مینماید و انترم که هورمون گسترین افراز میکند، دیگر توسط شعبات مذکور تنبه نگردد و یا اینکه خود انترم را که حجرات جداری معده را توسط

افراز گاسترین خود تنبه مینماید قطع و دور سازیم، همچنان منبع اسید معده که جسم معده است باید به صورت اعظمی کشیده شود که دیگر اسید افراز ننماید.

Vagotmy:

برای اینکه Cephalic Phase افرازات معائی از بین برود عصب واگوس را قطع مینمائیم، لاکن Vagotomy در عین زمان سبب رکودت معدوی یا Gastric Stasis میگردد، زیرا بعد از Vagotomy از یك سو تحرکیت (Motility) انترم از بین میرود و از سوی دیگرسیستم رخاوت معصره پیلور مختل میگردد، در نتیجه دریناژ معده خراب شده سبب رکودت معدوی و رکودت معدوی سبب توسع معده و در نتیجه قرحه ها بوجود میآید. از اینرو گفته میتوانیم که Vagotomy به تنهائی عوض اینکه مفاد برساند ضرر میرساند، از اینرو امروز همرای Vagotomy یك عملیهٔ تخلیه وی یا دریناژ را نیز یکجا اجرا میدارد، برای دریناژ معدوی سه عملیه بسیار عمومیت دارد یکی Pyloro Plasty, Gastro enterostomy و بلاخره Antrectomy که البته Antrectomy به دو طریقه اجرا میگردد، یکی اینکه انترم قطع گردیده و بعداً معده باقیمانده با اثناعشر تفمم داده میشود (بلروت اول) دوم اینکه اول انترم قطع گردیده و بعداً قسمت باقی مانده معده همرای Jejunum انستوموز داده میشود (بلروت دوم)، خلاصه اینکه باید Vagotomy به صورت تنهائی اجرا نگردیده و به همرای آن عملیه دریناژ

معـده یـکـجـا اجرا گـردد با وجـود اجرای این عملیات تا پنج سال در ۱۰٪ مریضان قرحه های رجـعی یا Re Current Ulcer بوجود میآید.

:Partial Gastrectomy

بنام Partial Gastric Resection و Sub total Gastrec-tomy نیز یاد میگردد، مقصد از این عملیه این است که انترم معده با یك قسمت از جسم معده که در آن حجرات جداری قرار دارد، برداشته شود و بدین وسیله هم منبع افراز اسید کم ساخته شود و هم منبع تنبه افراز اسید از بین برود، اکثر مؤلفین عقیده دارند که انترم معده با ۷۰-۸۰ فیصد جسم معده یکجا برداشته میشود و بعداً قسمت باقیمانده معده همرای Jejunum ویا همرای Duodenum انستوموز میگردد. در اینجا اگر Jejunum از قدام کولون مستعرض با معده انستوموز شود بنام Anti colic و اگر از خلف کولون بگذرد و با معده انستوموز گردد بنام Retro co-lic یاد میگردد، در اثنای این عملیات از دو طریقه استفاده میشود یا اینکه تمام سطح مقطوعهء معده بدون اینکه تنگ ساخته شود با Jejunum دوخته میشود که بـنام طـریقـه Polya یـاد میـگردد، دیگر طریقه Hofmeister است که اول یك قسمت سطح مقطوعه دوخته شده و فوحه کوچك ساخته میشود و بعداً این قسمت کوچك با Jejunum انستوموز میگردد.

اختلاطات Partial Resection معده:

1- Dumping Syndrome: این سندروم یك اختلاط بسیار عمدهء Partial Resection معده بوده که بسیار عمومیت نیز دارد، این سندروم اعراض ذیل را احتوا میکند، که اعراض مذکور فقط ۱۰ دقیقه بعد از خوردن غذا پیدا شده ضعیفی عمومی، عرق، رنگ پریدگی یا خسافت، دلبدی، استفراق Borborygmia (یك نوع آواز های امعأ است) و پرش قلب یا (Pulpitation) با اعراض فوق امکان دارد Tachy Cardia، بلند رفتن فشار خون بالا رفتن تحرکیت امعأ تغیرات موجه S و ST کم شدن حجم پلازما، کم شدن پوتاشیوم و فاسفیت پلازما، زیاد شدن اطراح اسید یوریك Hyperglycemia، تناقص Out put قلب، زیاد شدن جریان خون انگشتان و بلاخره زیاد شدن جریان خون کلیه نیز همراه باشد، راجع به میکانیزم تغیرات فوق در اینجا بحث نمی نمایم، برای کسب معلومات بیشتر به کتاب جراحی بطنی تالیف خودم مراجعه نمائید.

2: Late Post Prandial HyPoglycemia:

عبارت از Hyperglycemia است که بسیار بعد از خوردن مواد غذائی پیدا میشود، میخانیکیت آن چنین شرح گردیده که محتوی معده به صورت آني داخل اثناعشر شود Hyperglycemia را بوجود میآورد و این به نوبه خود سبب افراز بیشتر Endogenous انسولین میشود که انسولین مذکور سبب Hyperglycemia میگردد

3: Marginal Ulcer یا Stomal Ulcer:-

عبارت از قرحه های اند که در ساحهء انستوموز تولید میگردد، این قرحه ها عموماً در ساحهء کوک های انستوموز بوجود میآید و یا بسیار کم دورتر از ساحه کوک ها بوجود میآید، در باره میکانیزم پیدا شدن آن به کتاب جراحی بطنی مراجعه شود.

4: Steatoria:-

عبارت از خارج شدن مواد شحمی است همرای مواد غایطه که بعد از Partial Resection تقریباً در 50% مریضان دیده میشود خصوصاً در عملیات بلروت دوم.

a: چون در عملیات بلروت دوم محتوی معده بدون آنکه از اثناعشر بگذرد راساً داخل Jejunum میگردد به این ترتیب تحت تاثیرات صفرا و افرازات پانقرانس قرار نمیگیرد، همچنان چون مواد غذائی فوق هضم نشده است بناً سبب زیاد شدن تحرکیت امعا نیز میگردد.

b: محتوی معده از قسمت اول امعا که وظیفه امتصاص آن بسیار زیاد است عبور نمیکند.

c: در عملیات بلروت دوم در قسمت اول اثناعشر بسیار سپازم و رکودت پیدا میشود. که بنام Blind loop syndrome یاد میگردد، که سپزم Spasm و رکودت مذکور براي تکثر و نشو نمای بکتری ها زمینه را مساعد میسازد که این حادثه به اساس کدام میکانیزم نامعلوم سبب فقدان Vit B 12 و Steatoria میگردد.

:Anemia :5

بعد از قطع شدن قسمی معده در 50% مریضان انیمیای که از سبب فقدان اهن پیدا میشود بوجود میآید هم چنان در 30% این مریضان فقدان Vit B12 و در 25% مریضان امتصاص کلسیوم (Ca) تناقص میکند.

6:انسداد امعائی رقیقه:-

بعد از عملیات فوق امکان دارد از سبب التصاقات بعد از عملیات پیدا شود و یا از سبب تاو خوردن کدام لوپ امعائی رقیقه از پارچه Jejunum که با معده انستوموز شده پیدا میشود، این اختلاط بسیار مهم و خطرناك است.

:Gastrojejuno Colic fistula:7

این فستول در حقیقت یك اختلاط Marglnal Ulcer است یعنی وقتیکه در بعضی اشکال نادر قرحهء فوق کولون را استیلا نماید آهسته آهسته بطرف آن باز میشود وفستول فوق را بوجود میآورد (در ابتدا قرحه به طرف کولون پیشرفته و ساحه قرحه با کولون التصاق کرده آهسته آهسته قرحه عمیق گردیده و بلاخره به جوف کولون باز میشود و فستول فوق را تشکیل میدهد) بعد از بوجود آمدن فستول فوق در ترانزیت معدی معائی دو نوع تغیر بوجود میآید یکی اینکه محتوی معدهٔ به عوض اینکه از امعای رقیقه گذشته و بعداً به امعای غلیظه داخل شود، مستقیماً داخل کولون میگردد که این حادثه در پیدا شدن اسهال کمك مینماید.

Gastro duodenal Hemorrhage

نزف های قسمت علوی معدی معائی یك پرابلم بزرگ واقعات جراحی را تشکیل داده است چیزیکه در مورد آفت فوق به جراح اهمیت دارد این است که جراح بداند خون از کجا میآید به چه اندازه خون ضایع گردیده و بلاخره شدت نزف به چه اندازه است، همچنان این نزف را به صورت داخلی تداوی نماید و یا اینکه مداخله جراحی نماید زمانیکه جراح به این سوالات جواب داده بتواند در تداوی خویش موفق میباشد.

اتیولوژی:-

نزف های قسمت علوي قنات هضمی به صورت عموم در قرحه های Hemorrhagic gastritis, Peptic و در دوالهای مری (Varices) تولید میشود علاوه برامراض فوق که در تولید نزف های معدی معائی سهم بزرگ دارد یك تعداد امراض دیگر از قبیل کانسر معده، قرحه های مری زخم های مری، Blood discrasia، وغیره نیز در تولید نزف فوق اول دارد.

اعراض و علایم (Signs and Symptoms):

نزف معده و اثناعشر به بسیار آسانی از سبب آمدن خون از طریق دهن یا مقعد تشخیص شده میتواند، یعنی مریض Hematemesis و Melana میداشته باشد. در حالاتیکه مریض Hematemesis داشته باشد به صورت عموم چنین فکر میشود که منبع نزف از Treitz ligaments بالاتر قرار دارد، در قرحهء اثناعشر در

انتان و پیشرفت آن مساعد میسازد. اورگنیزم هائیکه در انتانات سره بسیار عمومیت دارند عبارت اند از Staphylo coccus aureus و Hemolytic streptococcus. وقتیکه انتان در سره جا گرفت آهسته آهسته فعالیت وتکثر نموده و اعراض و علایم التهاب مثل درد، تب، احمرار، اذیما و جریان مواد سیروزیتی مشاهد می گردد. التهاب آهسته آهسته در محیط سره انتشار کرده. و در یکتعداد وقایعیکه شریان یا ورید سروی بصورت تام بسته نشده باشد انتان از طریق شریان یا ورید مذکور به دوران خون داخل گردیده باعث Septicemia میگردد که اکثراً سبب مرگ طفل می شود.

همچنان در بعضی وقایع انتان عمیق رفته تا به پریتوان میرسد و سبب پرتیونیت وخیم شده که در اینجا نیز سبب از بین رفتن طفل شده میتواند.

تداوي:

تداوی دوبخش دارد: یکی بخش وقایه وی و آن عبارت است از مراعات شرایط بسیار معقم در وقت قطع کردن ناف و بعد از آن.

بخش دوم تداوی التهاب سره است که اول باید میکروب تثبیت و حساسیت آن تعین شود. بعداً به دوز مناسب انتی بیوتیك مذکور استعمال گردد و اگر در ساحه Abscess تشکل کرده باشد باید توسط عملیهء جراحی درناژ گردد.

۲- التهاب سره کاهلان:

بعضاً اشخاص کاهل که نظافت شخصی را مراعت نمی نمایند به

صورت که نزف بسیار شدید نباشد امکان دارد خون آهسته آهسته پائین رفته و به صورت Melana از وجود خارج گردد اما اگر نزف شدید و کتلوی باشد هم به شکل Melana و هم به شکل Hema- temesis خارج میگردد یك نقطه مهم دیگر این است که در نزف های قسمت های سفلی قنات هضمی عموماً خون سرخ روشن به شکل Melana خارج میگردد لاکن این را هم باید فراموش نکنیم که در نزف های کتلوی اثناعشر، معده ، مری و حتی بلعموم هم خون سرخ روشن به صورت Melana از مقعد خارج میشود ، اما نمیتوانیم به آن حکم نمایم که Melana که خون سرخ روشن دارد پس مربوط قسمت سفلی قنات هضمی میباشد، همچنان اگر خونیکه تا یك اندازه هظم شده باشد و به صورت Melana خارج گردد ، به صورت عموم چنین فکر میشود که منبع نزف بالاتر از زاویه کبدی کولون واقع است.

تداوی:-

تداوی داخله:

تداوی داخله را در دروس داخله مطالعه مینمائید در اینجا به صورت مختصر صرف یادآوری مینمایم.

در تداوی داخله از همه اولتر مشاهده مریض بسیار به زودی گرفته شود، گروپ خون مریض تعین و اندازه هیموگلوبین و هیماتوکریت مریض معلوم شود، Bleeding time و Clotting time معلوم گردد. اگر اشتباه دوال مری موجود باشد، سیروم بیلیروبین و امونیا اندازه گردد، در معاینه فزیکی باید کلان شدن (ضخامه)

طحال، کبد، اتروفی خصیه ها، موجودیت حبن، Genecomastia و غیره به دقت دیده شود. برعلاوه معاینات فوق باید معده توسط Naso gastric tube درست لواژ گردد، مایعـــات والکتــرولیت های مـــریض تنظیم گردد در صورت کم خونی باید به صورت عاجل به مـــریض خون داده شود از خوردن غـذا و مایعات منع گردد برای معـلوم کردن Urine out put بـــاید یك کـــتیتر در مـــثانه تثبیت گـــردد Oesophagoscopy و Gastroscopy اجرا گردد، اگر باین هم تشخیص مشکوك باشد رادیوگرافی قنات هضمی با مواد کثیفه اخذ گردد مگر این عملیه احتیاط کـــافی به کـــار دارد، بعـــضاً از Tamponadetherapy برای توقف نزف استفاده میشود، لاکن برای اجرای آن شخص مجرب ضرور است زیرا استعمال بالون بعضاً سبب زخمی شدن و حتی رپچر مری میگردد.

تداوی جراحی:-

در عملیهء جراحی ازیك طرف تشخیص وضع میگردد و از طرف دیگر به نزف توقف داده میشود. از اینرو زمانیکه بطن باز گردید، جراح از همه اولتر توجه خود را به فشار ورید باب معطوف میسازد، اگر علایم فشار ورید باب دیده شود فکر میشود سبب نزف دوالهای مری بوده باشد و اگر فشار ورید باب نورمال باشد به درجه دوم جراح به نزف معده و اثناعشر متوجه میشود Oesophageal Hiatus و موجودیت نسج ندبی در بالای اثناعشر جس و معلوم گردد بعداً برای اینکه معده را درست معاینه نموده بتوانیم، Lesser sac را باز مینمایم و برای اینکه اثناعشر را درست معاینه کنیم توسط مانوره

کوخر اثناعشر را نیز آزاد مینمائیم، اگر با وجود معاینات فوق هم منبع نزف معلوم نگردید یك شق به طول 10cm به امتداد پیلور و اثناعشر اجرا نموده بعد از پاك کردن خون اثناعشر معاینه میشود اگر دیده شود که اثناعشر خون نمیدهد بعد از این کلکین باز شده و به کمك اندوسکوپ معده و خصوصاً انحنی صغیر معده پالیده میشود تا منبع نزف را معلوم نمائیم اگر باز هم معلوم نشد یك شق مستعرض در قسمت علوی معده اجرا و منبع نزف پالیده شود، اگر بآن هم منبع نزف معلوم نگردید باید جراح توجه خود را به امعای رقیقه خصوصاً رتج میکل Meckel's Diverticulum معطوف سازد، که در این وقت برای معلوم کردن منبع نزف بالای امعای رقیقه یك شق در حذای Treitz Ligament اجرا و از این سوراخ قسمت علوی و سفلی امعای رقیقه معاینه شده و منبع نزف معلوم میگردد اگر با تمام کوشش های فوق بازهم منبع نزف دریافت نگردید Vagotomy و Pyloroplasty اجرا گردد.

و اگر در اثنای معاینات فوق دیده شد که منبع نزف قرحهء معده است باید قسمت سفلی مری و قرحه برداشته شود و پارچه جهت رد نمودن و یا تأئید کردن کانسر به معاینات میکروسکوپیك فرستاده شود و یا اینکه Vagotomy و Pyloroplasty اجرا میگردد. و اگر منبع نزف قرحه اثناعشر باشد. زمین قرحه گره گردیده و در پهلوی آن Pyloroplasty اجرا میگردد. بعضی جراحان آن قسمت اثناعشر را که قرحه در آن موجود است. دور نموده و همرای آن

(Vagotomy) و (Pyloroplasty) اجرا مینماید.

قرحه های معده:-

در اینجا مقصد ما قرحه های مزمن معده میباشد. بین قرحه های مزمن معده و قرحه های مزمن اثنا عشر فرق های زیاد موجود است که قبلاً از آن ذکر کرده أیم در اینجا هدف اساسی این است که باید بدانیم که قرحهء مزمن معده سلیم است یا خبیث، که برای بدست آوردن این هدف از معاینات Gastroscopic، رادیولوژیك و معاینات سیر ولوژیك (Serologic) استفاده میشود. در این اواخر ازیك نوع Gastroscope های فلاکسیبل استفاده میشود. که توسط این اله در عین زمان از بخش های مشکوك قرحه بیوپسی (biopsy) نیز گرفته میشود.

اعراض وعلایم:

اعراض و علایم سریری قرحه های مزمن معده و قرحه های مزمن اثناعشر باهم بسیار نزدیك حتی بعضی شان بلکل یك قسم میباشد که قبلا از آن به صورت مفصل یاد آوری نموده اثیم و ذکر دوباره آن ضروری نیست.

تداوی:-

تداوی داخلی:-

a- استراحت مطلق.

b- تداوی ضد اسید: گرچه در قرحه های معده اسید معده نورمال وحتی در بعضی حالات از نورمال هم پائین میباشد اما با آن هم

تعجب اور است که باتداوی ضد اسید قرحه زود شفا میگردد.

c- رژیم غذائی: باید کوشش شود که مریض زود زود کم کم غذا بخورد تا اسید معده توسط مواد غذائی خنثی گردد هم چنان کوشش شود به مریض میوه های خام و سبزیجات زیاد داده نشود.

d- **جلوگیری از رکودت معده:** باید کوشش شود به مریض چنان مواد غذائی داده نشود که سبب Stasis و رکودت گردد هم چنان به مریض ادویه Anticholenergic داده نشود که باعث کم ساختن تحرکیت معده میگردد.

تداوی جراحی:

تداوی جراحی نظر به اینکه قرحه سلیم است یا خبیث، همچنان قرحه در قسمت سفلی معده قراردارد و یا در قسمت علوی و نیز قرحه در انحنی صغیر واقع است یا در انحنی کبیر فرق میکند. در صورت که قرحه در نصف سفلی معده موقعیت داشته باشد و اثناعشر هم نورمال باشد، عملیهء بسیار خوب این است که نصف سفلی معده همرای قرحه یکجا برداشته شده و بعد قسمت با قیمانده معده همرای اثناعشر انستوموز گردد. لاکن در حالات که قرحه در نصف علوی معده قرار داشته باشد در این صورت Wedge Exision معده اجرا میگردد. و بعد از برداشتن آن قسمت معده که قرحه در آن واقع است یك عملیه دریناژ نیز اجرا میگردد مانند Pyloroplasty و عصب واگوس هم باید قطع شود در حالات

که قرحه خبیث و یا اشتباه خباثت موجود باشد، باید عملیات جذری صورت بگیرد یعنی یك قسمت بزرگ معده که قرحه در آن واقع است همرای عقدات لمفاوی کشیده میشود.

اختلاطات قرحه معده:-

اختلاطات بسیار عمده قرحه معده قرار اتی است.

a- نزف

b- تثقب

c- تضیق پیلور و انسداد

d- تحول قرحه به خباثت

اختلاطات فوق و تداوی آن قبلاً به صورت مفصل شرح گردیده است، تنها از دو نقطه باید یاد آوری کنیم یکی اینکه نزف قرحه معده اگر با تداوی داخله توقف نه نماید باید کوشش شود که از تداوی جراحی استفاده شود. دوم اینکه در وقت تداوی تثقب قرحه معده، عوض اینکه تثقب دوخته شود باید ناحیه مثقوبه بایك قسمت معده سالم یکجا برداشته شده و دور ساخته شود.

کانسرهای معده

کانسر های معده بسیار عمومیت دارد در مرد ها نسبت به زنها سه مراتبه زیاده تر دیده میشود و در اشخاص مصاب Pernicious Anemia سه مرتبه بیشتر دیده میشود.

اتیولوژی:-

اتیولوژی تومورهای معده مانند تومور های دیگر قسمت های

عضویت معلوم نیست مگر فکر میشود که فکتور های ذیل در تولید سرطان معده رول دارد.

1- Atrophic Gastritis:

در مریضانیکه مصاب Atrophic Gastritis اند، در آنها سرطان معده زیاد دیده میشود خصوصاً که التهاب معده با قرحهء مزمن معده و اثناعشر یکجا موجود باشد.

2- رژیم غذائی:

آن اشخاصیکه زیاده ترماهی غذاهای مصاله دار و یا بعضی سبزیجات میخورد در این اشخاص کانسر معده زیاد دیده میشود از اینرو فکر میکنند که امکان دارد، رژیم غذائی در پیدا شدن کانسر معده یك اندازه رول داشته باشد.

3-محیط:-

عده از مؤلفین محیط و فکتور های که در آن محیط موجود است در پیداشدن کانسر معده سهیم میدانند.

4-ارثیت:-

ارثیت هم تایك اندازه رول دارد زیرا دیده میشود که کانسر معده در بعضی فامیل ها نسبت به فامیل های دیگر زیاد دیده میشود.

5- قرحه های سلیم معده:

قرحه های سلیم و مزمن معده بعضاً به کانسر تحول مینماید اما عده از مؤلفین مخالف این نظریه بوده و میگویند که قرحه های که به کانسر تبدیل میگردد از همان اول طبعیت کانسری میداشته باشد.

پتالوژی:-

در معاینه با چشم کنسر معده قرار ذیل تضیف شده

1- Fungated یا Polipoid:- عموماً در فواد و فندوس پیدا شده و از نظر هستولوژی Adenocarcinoma میباشد.

2- قرحوی:- عموماً در انترم و انحنی صغیر معده زیاد پیدا شده و از نظر هستولوژی Adenocarcinoma میباشد.

3- شکل Infeltrated:- این شکل کانسر معده به زودی در جدار معده نفوذ نموده و خود را به طبقهء سیروزا میرساند و از انجانیز به صورت منتشر به انساج محیط معده نفوذ می نماید.

هستولوژی:-

از نظر هستولوزی Adenocarcinoma میباشد.

اعراض‌وعلایم:-

باختن وزن یکی از علایم بسیار مهم کانسر معده است هم چنان در صورت که کانسر در نزدیك انترم موقعیت داشته باشد باعث رکودت گردیده و سبب دلبدی و استفراغ میشود. به صورت خلاصه چنین گفته میتوانیم که کنسر معده اکثراً اعراض واضح ندارد و یا اینکه وقتی اعراض پیدا میتواند که تومور به عقدات لمفاوی ناحیه وی نزدیك و دور Metastase بدهد. که در این وقت عملیات تومور کدام فایده ندارد، در جمله اعراض تومور علاوه از باختن وزن، رکودت معده که سبب دلبدی و استفراغ میگردد. بی اشتهائی و درد نیز موجود میباشد که درد در مراحل اولی دیده نمیشود و در مراحل

بعدی پیدا میشود. که دلالت به نفوذ تومور به احشای مجاور معده مینماید. بعضاً تومورهای انترم که نزدیك پیلور باشد سبب انسداد نیز شده میتواند، در بعضی اشکال تومور خفیف نزف نیز موجود میباشد هم چنان بعضاً تومور سبب تثقب گردیده و پریتونیت را بوجود می آورد.

تشخیص:-

ار روی اعراض علایم، معاینات رادیولوژیك، معاینات سیرولوژیك، معاینات لابراتواری و Gastroscopy وضع میگردد. Gastric Analysis نیز برای تشخیص مرض ضروری است.

تداوی:-

یگانه تداوی کانسر معده عملیات جراحی و کشیدن تومور است که باید عقدات لمفاوی ناحیه وی 80% معده، قسمت اول اثناعشر، طحال و ثرب همه کشیده شده و بعد معده باقی مانده با اثناعشر یا Jejunum انستوموز داده میشود، در بعضی حالاتیکه تومور در قسمت فندوس باشد تمام معده، عقدات لمفاوی، طحال، اثناعشر و ثرب کشیده میشود، اما اگر در اثنائی عملیات دیده شود که در سطح پریتوان، ثرب و مساریقه پلك های کوچك کوچك موجود است که نمایندگی از Metastase تومور مینماید در این اثنا گفته میتوانیم که تومور قابل عملیات نیست صرف اگر اختلاطات تومور از قبیل نزف، تثقب و یا انسداد موجود باشد، انها باید تداوی گردد.

اثناعشر
Duodenum

قسمت اول امعای رقیقه بنام Duodenum یاد میگردد، که این قسمت از نظر اناتومی و فزیوژلوی اهمیت خاص دارد.

از نظر جراحی قرابت بسیار نزدیك اثنا عشر با معده، پانقراس و سیستم صفراوی اهمیت زیاد دارد.

اثنا عشر دارای چار بخش است قسمت اول. قسمت یا قطعه دوم، قطعه سوم و قطعه چارم.

قسمت اول اثنا عشر داخل جوف پریتوان قرار داشته در حالیکه ۳قسمت آخر ان در خلف پریتوان قرار دارد.

قسمت اول اثنار عشر از pylor شروع گردیده و تقریباً 2inch طول دارد در حذائی رباط کبدی اثنا عشری در خلف قسمت اول اثنا عشر عناصر بسیار عمده مثل ورید اجوف و قطب علوی کلیه راست قرار دارد.

قسمت دوم اثنا عشر کاملاً در خلف پریتوان قرار دارد.تقریباً 3inch طول دارد در خلف این قسمت اوعیه کلیه راست قرار دارد و از قدام آن کولون مستعرض و مساریقهء آن عبور کرده است. در قسمت دوم اثنا عشر قنات صفراوی مشترك و قنات پانقرانس تخلیه میگردد.

وجه انسی قطعه دوم اثنا عشر با راس پانقراس کاملاً در تماس

التهاب سره یا Omphalitis مصاب شده میتوانند. لاکن التهاب سره در کاهلان هیچوقت وخیم سیر نکرده و سبب مرگ نمی شود. در بعضی حالات از سبب تخریبات در ساحه Abscess هم تشکل کرده میتواند که باید توسط عملیهء جراحی دریناژ گردد و برای از بین بردن میکروبها بعد از تعیین میکروب انتی بیوتیک داده می شود.

سوئی اشکال ولادی جدار بطن:

در جدار بطن بصورت عمومی سواشکال ولادی ذیل بوجود آمده میتواند:

1-Abnormalities of Musles of the Abdominal Wall.
2-Omphalo mesenteric duct Abnormalities.
3-Urachal Abnormalities.
4-Vascular Abnormalities.
5-Somatic Abnormalities.

۱-سوئی اشکال ولادی عضلات جدار بطن:

در جمله سؤ اشکال ولادی عضلات جداربطن عدم موجودیت عضلات جدار بطن بسیار عمومیت دارد مثلاً عدم موجودیت عضلهء Rectus (مستقیمه). عضلهء مستعرضه (Transversalis) عضلهء منحرفهء کبیره و صغیره دیده شده میتواند. عدم موجودیت ولادی عضلات جداربطن معمولاً با دیگر سوئی اشکال ولادی خصوصاً سو اشکال ولادی قنات بولی و قنات هضمی یکجا میباشد و اکثراً سبب مرگ هم همین سوئی اشکال ولادی قنات بولی و هضمی میگردد یك نقطه دلچسپ در عدم موجودیت ولادی عضلات جدار

قرار دارد قسمت سوم اثنا عشر نیز در خلف پریتوان قرار داشته این قسمت اثنا عشر تقریباً 3-4 inch طول دارد و به صورت مستعرض از قدام ابهر و ورید اجوف عبور نموده است.شکل (۳-٤)

از قدام قسمت آخر قطعه سوم اثنا عشر شریان و ورید مساریقی علوی عبور نموده و در بعضی حالات در بین دو شریان فوق تحت فشار قرار داده میشود. شکل (٥)

قطعه سوم اثنا عشر از قطعه چارم به مشکل تفریق میگردد. و طول آن ثابت نیست.

قطعه چارم اثنا عشر با Jejunum در حذائی Lig of Treitz اتصال یافته یعنی رباط Treitz سرحد Jejunum و اثنا عشر را تشکیل داده است.

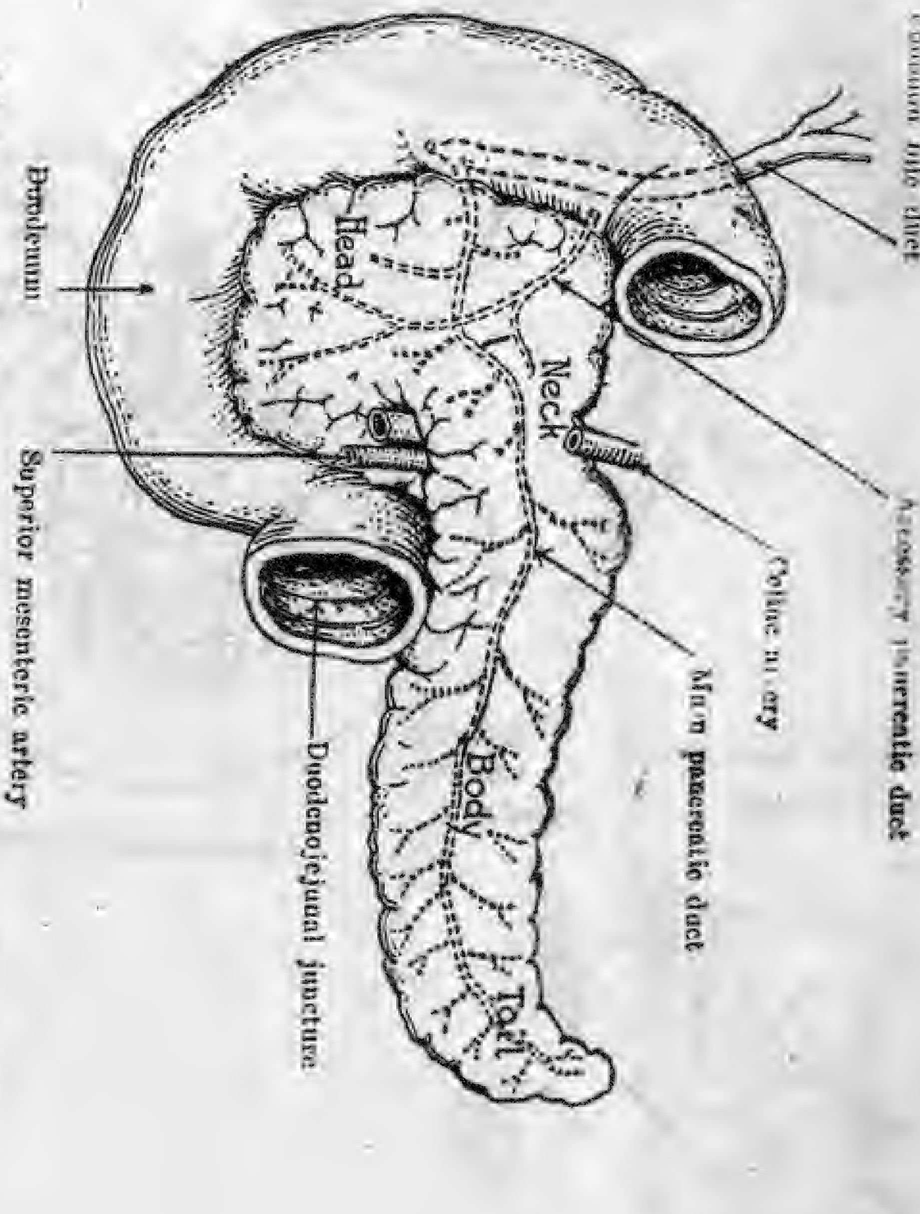
رباط Treitz از الیاف لیفی عضلی ساخته شده، از محل اتصال اثنا عشر و Jejunum از جدار امعاء نشئت نموده و به طرف علوی سیر کرده و بالاخره بالای crus راست حجاب حاجز ارتکاز میکند.

فزیولوژی:-

به صورت اوسط در ٢٤ ساعت تقریباً 5- 7 Lit مایع بسیار غنی از الکترولیت ها توسط معده، پانقراس و سیستم صفراوی داخل اثنا عشر میشود، این مایع در تنظیم و موازنهء مایع و الکترولیت های عضویت اهمیت خاص دارد.

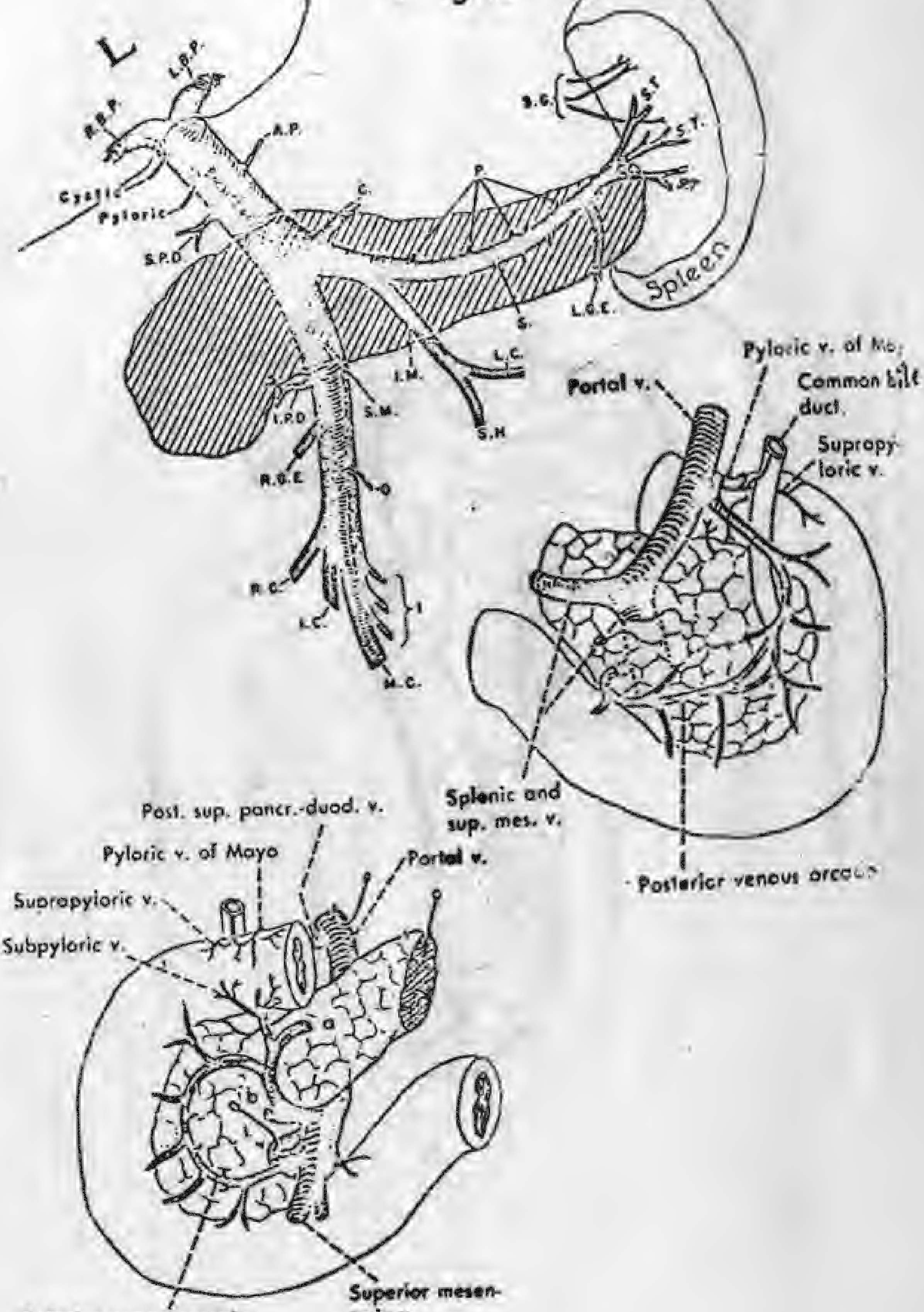
زمانیکه مایع فوق توسط استفراغات و یا Fistule اثنا عشر از وجود خارج گردد باعث فقدان اب و الکترولیت های عضویت

شکل ۳

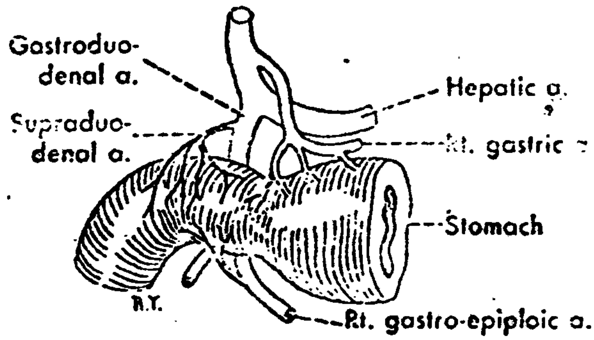


Relative positions of duodenum, pancreas, and ductile systems. (From Eltzmann, M.: Fundamentals of human anatomy, St. Louis, The C. V. Mosby Co.)

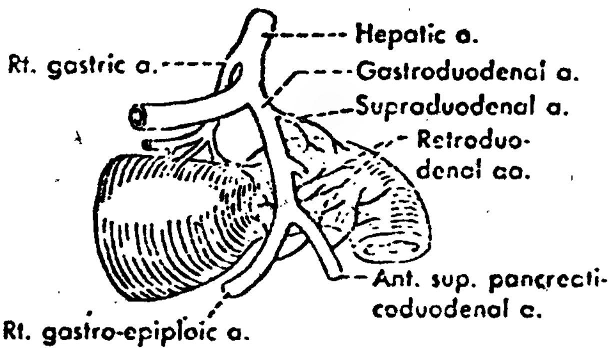
شكل ٤


L
L.P.P.
R.P.P.
A.P.
Cystic
Pyloric
C.
P.
S.G.
S.T.
S.P.D.
Spleen
L.G.E.
S.
I.M.
L.C.
S.M.
I.P.D
S.H
R.G.E.
O
R.C.
L.C.
I
M.C.
Pylorie v. of Mo
Common bile duct.
Portal v.
Supropyloric v.
Splenic and sup. mes. v.
Posterior venous arcad
Post. sup. pancr.-duod. v.
Pyloric v. of Mayo
Portal v.
Suprapyloric v.
Subpyloric v.
a
b
Superior mesenteric v.
Anterior venous arcade

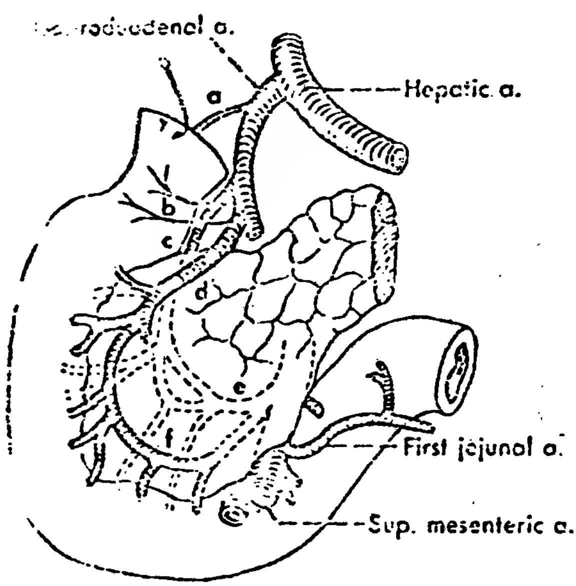
شکل ۵


Gastroduo-
denal a.
Supraduo-
denal a.
Hepatic a.
Rt. gastric
Stomach
Rt. gastro-epiploic a.

a


Hepatic a.
Rt. gastric a.
Gastroduodenal a.
Supraduodenal a.
Retroduo-
denal aa.
Ant. sup. pancreati-
coduodenal a.
Rt. gastro-epiploic a.

b


Hepatic a.
a
b
c
d
e
f
First jejunal a.
Sup. mesenteric a.

میگردد. از اینرو گفته میتوانیم که اثنا عشر در تنظیم و موازنهء آب و الکترولیت های عضویت سهم بزرگ دارد. همچنان اثنار عشر یك چار راهی برای عبور افرازات معده، پانقراس و سیستم صفراوی میباشد. از طرف دیگر اثنا عشر تخلیه محتوی معده و تحرکیت معده را تنظیم مینماید.

یك عده مؤلفین عقیده دارند که در جدار اثنا عشر حجرات osmo receptor موجود است. زمانیکه مایع Hyper osmotic از معده به اثنا عشر داخل شود حجرات osmo receptor تنبه گردیده که بعد از این تنبه سبب تقلص عضلات Pylor شده و در نتیجه تخلیهء افرازات معدوی را متوقف میسازد. که در این صورت محتوی معده به صورت آهسته آهسته داخل اثنا عشر میگردد.

زمانیکه میکانیزم فوق Pylor در اثر امراض و یا عملیات های Pylor خراب شود محتوی Hyperosmotic معده به مقدار زیاد داخل اثنا عشر گردیده و سبب پیدا شدن یك تعداد اعراض میکردد.

از طرف دیگر زمانیکه محتوی اسید معده داخل اثنا عشر گردد، اثنا عشر هورمون Entero gastron را آزاد مینماید. که این هورمون افرازات اسیدی معده را نهی میسازد. همچنان زمانیکه غشای مخاطی اثنا عشر به تماس افرازات اسیدی معده مواجه شود از طرف اثنا عشر Secretine افراز میگردد. که این سبب تنبه افراز خارجی پانقراس گردیده تا اسیدهای فوق معدوی را یك اندازه خنثی سازد.

در غشای مخاطی اثنا عشر غدوات Broner وجود دارد که این

غدوات یك نوع مخاط روشن را افراز مینماید. که این مخاط غشای مخاطی اثناعشر را از تأثیر افرازات اسیدی معده نجات میدهد.

سؤاشکالولادی‌اثناعشر:-

سؤ اشکال ولادی اثناعشر آنقدر عمومیت ندارد. در جمله سؤ اشکال ولادی بعضی آنها بسیار وخیم بوده. و فقط بعد از ولادت اعراض سریری نمایان میگردد. ولی بعضی سؤ اشکال دیگر حتی تا آخر عمر اعراض تولید نه می نماید.

Annular pancrease :-

یك سؤ شکل ولادی اثنا عشر است که عمومیت نیز دارد. در ین شکل پانقراس به عوض اینکه در چوکات اثنا عشر افتیده باشد به شکل یك حلقه قطعه دوم اثناعشر را احاطه نموده و انرا تحت فشار قرار میدهد. اندازه اعراض سریری مربوط به اندازهء فشار پانقراس بالای اثنا عشر است اگر فشار زیاد باشد اعراض سریری شدید و اگر کم باشد اعراض سریری آنقدر شدید نمی باشد.

تشخیص این سؤ شکل از روی اعراض، علایم و معاینات رادیولژویك وضع میگردد.

تداوي:-

عبارت از مداخله جراحی و ارتباط دادن قسمت متوسع اثنا عشر (بالاتر از حلقه پانقراس) با Jejenum (Duodeno Jejunostomy) میباشد.

قطع کردن سادهء حلقه پانقراس استطباب ندارد زیرا در این

صورت خطر Fistule پانقراس موجود است.

Mucosal Diaphragm:-

یك آفت ولادی اثنا عشر است که در این سؤ شکل مجرای اثنا عشر توسط یك پرده مسدود شده میباشد این پرده از غشای مخاطی اثنا عشر نشئت نموده و در حقیقت یك التوای غشای مخاطی اثنا عشر میباشد. توسط این غشاء بعضاً مجرای اثنا عشر به صورت تام مسدود شده میباشد و بعضاً به صورت قسمي. شدت اعراض و علایم مرض به اندازهء انسداد یا بندش مربوط میباشد به هر اندازه که بندش تام باشد به همان اندازه اعراض شدید و هر قدر که بندش کم باشد به همان اندازه شدت اعراض کم است.

تشخیص:-

از روي اعراض علایم و معاینات رادیولوژیك وضع میشود.

تداوي:-

عبارت از مداخلهء جراحی و قطع کردن پردهء مذکور است.

رتج های اثناعشر:-

رتج های اثنا عشر به صورت عموم بدو دسته جدا گردیده است که رتج های ابتدائی و ذیگر رتج های ثانوي.

رتج های ابتدائی عموماً ولادی بوده و از سبب ضعیفی یك قسمت جدار اثنار عشر و یا از سبب زیاد بودن فشار جوف اثناعشر بوجود میاید. اما رتج های ثانوی اثناعشر بعد از تر ضیضات اثناعشر، التهابات اثناعشر قرحات اثناعشر و یا از سبب انتانات و التهابات

احشای مجاور اثنا عشر بوجود میایند. که در این صورت سبب تشکل رتج پیدا شدن نسج لیفی و التصاقات بوده که سبب کشش جدار اثنا عشر شده و رتج تولید میگردد.

رتج های اثنا عشر در بعضی حالات امکان دارد هیچ اعراض ندهد و در برخی اشکال دیگر رتج های مذکور سبب اعراض بسیار شدید و اختلاطات وخیم میگردد. مثل انسداد اثنا عشر، انسداد قنات صفراوی مشترك، انسداد قنات پانقراس،Cholangitis ، Pancreatitis، سنگ های رتج وغیره.

در صورت که رتج های اثنا عشر اعراض نداشته باشد به تداوی آنقدر ضرورت نیست لاکن در حالاتیکه رتج اثنار عشر سبب اختلاطات شده باشد باید تداوی گردد یعنی توسط مداخله جراحی رتج کشیده شود. اما اینراهم باید در نظر داشته باشیم که رتج های اثناعشر بدبختانه اکثراً در قطعه دوم اثناعشر موقعیت میداشته باشد و با مدخل قنات پانقراس و قنات مشترك صفراوی بسیار نزدیك میباشد. از اینرو کشیدن رتج بسیار مشکل و اندازهء و فیات این عملیات بسیارر بلند است بعضاً حتی قنات پانقراس و قنات مشترك صفراوی به داخل رتج باز شده میباشد. از اینرو باید قبل از عملیات بسیار دقت شود. موقعیت رتج، اندازهء رتج و مجاورت آن به دقت زیاد تعین، تثبیت و اندازه گردد.

ترضیضات اثنا عشر:-

چون 3 قطعه اثناعشر در خلف پریتوان قرار دارد و صرف یك

قطعه اول آن در جوف پریتوان قرار دارد از اینرو ترضیضات آنقدر زیاد دیده نمی شود. اما با آن هم در ترضیضات کند و تیز بطن اثنا عشر نیز ماؤف شده میتواند. نقطه مهم در جروحات اثنا عشر این است که از یك سو به سختی تشخیص میشود و از سوی دیگر ترمیم جروحات آن نسبت موجودیت قنات صفراوي، قنات پانقراس، موجودیت راس پانقراس، موجودیت اوعیه بزرگ در مجاورت بسیار نزدیك اثناعشر کار بسیار مشکل بوده و اندازهء تلفات آن نیز بسیار زیاد است.

انسداد اثناعشر:-

انسداد اثناعشر توسط عوامل مختلف بوجود میاید مثلاً Polyp های اثنا عشر، تومور های اثناعشر، رتج های اثنا عشر، تومورهای رأس پانقراس و تومورهای دیگر عناصریکه در مجاورت نزدیك اثناعشر قرار دارد. مگر در این جا ما از آن انسداد اثناعشر بحث مینمائیم که توسط فشار شریان و ورید مساریقی علوی بوجود میاید قراریکه قبلاً ذکر شد قطعه سوم اثناعشر در بین ابهرو شریان و ورید مساریقی علوی قرار گرفته که بعضاً اوعیه مذکور بالای اثناعشر سبب فشار شده و باعث انسداد تام یا قسمی آن میگردد. خصوصاً شریان و ورید مساریقی علوی سبب فشار بالای اثناعشر میگردد. در يك واقعه وصفی انسداد فوق اگر به مریض هدایت داده شود. که روی شکم بخوابد در اثر وزن مساریقه به طرف قدام شریان و ورید مساریقی علوی به طرف قدام دور گردیده و فشار آن از اثناعشر دور

میشود. در نتیجه تمام اعراض انسداد فوق از بین میرود. که این مانوره در تشخیص انسداد اثناعشر بسیار رول دارد.

تشخیص:-

از روی اعراض علایم و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد. در کلیشه را دیوگرافی به صورت واضع دیده میشود که در قطعه سوم اثناعشر تضیق موجود بوده و از قسمت متضیق بالاتر اثناعشر بسیار توسع نموده میباشد.

تداوی:-

اکثراً از تداوی محافظه کارانه استفاده میشود و به مریض هدایت داده میشود. که در وقت پیدا شدن اعراض کوشش نماید که Position خود را تغیر داده و به روی شکم بخوابد تا اثناعشر از سبب دور شدن مساریقه از فشار شریان و ورید مساریقی علوی رها گردد.

Fistul های اثناعشر:-

فیستول های اثنا عشر به صورت عموم بدوبخش جدا شده است. یکی فیستول های داخلی یا Internal Fistula و دیگر فیستول های خارجی یا External Frstula.

هر دو نوع فیستول های اثناعشر توسط ترضیضات اثناعشر، عملیات های اثناعشر، ترضیضات و عملیات های جراحی احشای مجاور اثنا عشر بوجود آمده میتواند. لاکن در تشکل فیستول های داخلی اثناعشر امراض اثناعشر و احشای جوف بطن خصوصاً کیسه صفراء رول زیاد دارد. طور مثال سنگ های کیسهء صفراء به بسیار

بطن این است که در زنها فوق العاده نادر است. در یك احصایه ایکه بالای ٤٥ نفر گرفته شده در آن صرف دوزن دیده شده است.

Omphalomesentric duct Anomalies -2

در هفته سوم حیات رشیمی در قنات هضمی بین gut و yolksac ارتباط موجود می باشد که آهسته آهسته این قسمت ارتباطی تنگ گردیده و شکل یك تیوب را اختیار می کند که بنام Omphalomesentric duct یاد میگردد. همچنان بنامهای Vitellin duct وVitello intestinal duct هم یاد می شود. بعد حینیکه تغذی طفل از راه پلاسنتا آغاز گردد تیوب مذکور توسط نسج لیفی اشغال و آهسته آهسته مسدود میگردد که در اینوقت رشیم به سن هفت هفته میباشد. در وقت بسته شدن تیوب فوق از سبب خطای نشوونمای حیات رشیمی بعضاً این تیوب بسته نشده و کاملاً باز میماند و بعضاً تمام تیوب بسته شده تنها در قسمت متوسط ، یك نهایت و یا نهایت دیگر باز میماند که در نتیجه اشکال مختلف سوئی اشکال ولادی Omphalo mesentric duct بوجود میاید که قرار ذیل است:

الف: Vitellin cyst (Omphalo mesentric duct Cyst)

در صوریتکه قنات Omphalomesentric در نهایت قدامی و خلفی مسدود گردد و تنها در قسمت متوسط مسدود نگردد کیست فوق بوجود میاید که از نظر سریری آن قدر مهم نبوده ، اکثراً هیچ اعراض ندارد و قابل جس نیز نمیباشد. صرف در بعضی حالاتیکه

آسانی بین اثنا عشر و کیسه صفراء ارتباط پیدا کرده میتواند.
(سبب تشکل فستول داخلی بین اثناء عشر وکیسهء صفراء میشود).

طوریکه کیسهء صفراء در اثر تخریش سنگ دچار التهاب گردیده که بعد در اثر التهاب التصاقات بوجود آمده کیسهء صفراء با اثناعشر وغیره احشائی داخل بطن التصاق مینماید. بعد از التصاق و چسپیدن کیسهء صفراء با اثناعشر از یك سو وزن سنگ از سوی دیگر تخریش سنگ و التهاب سبب رکودت و فشار در کیسهء صفراء گردیده که در نتیجهء تمام فکتور های فوق زمینه برای داخل شدن سنگ در اثناعشر مساعد میشود. یعنی فشار و رکودت کیسهء صفراء وزن سنگ و تخریش ساحهء که سنگ در آن قرار دارد باعث ruptur کیسهء صفراء به داخل اثناعشر میگردد.

وقتیکه سنگ داخل اثناعشر گردید یعنی Fistule داخلی اثنا عشر بوجود آمد تمام محتوی کیسهء صفراء از طریق Fistule داخل اثناعشر گردیده و از کیسهء صفراء رکودت، فشار و تمام اعراض آن از بین میرود اگر مریض زردی داشته باشد زردی وی هم از بین میرود.

قرحات اثناعشر هم به بسیار آسانی با کیسهء صفراء و قنات صفراوی مشترك Fistule ساخته میتواند.

فستول های خارجی اثناعشر اکثراً از ترضیضات معده و اثناعشر و عملیات های معده و اثناعشر بوجود میآید.مثلاً تثقب اثناعشر خوب بسته نمیشود و یا بعد از قطع کردن معده و اثنا عشر سطوح

مقطوعه اثنا عشر خوب دوخته نمیشود و یا Anastomose درست اجراء نمی شود وغیره. که این همه برای فیستول اثناعشر زمینه را مساعد میسازد.

زمانیکه محتوی خارجی اثناعشر در حالات فوق از اثنا عشر خارج گردد چون محتوی مذکور حاوی افرازات معده و پانقراس است بناءً آهسته آهسته در سیر جرحهء عملیات پیش رفته و سبب هضم جدار بطن گردیده و به طرف خارج راه پیدا مینماید و فیستول های خارجی اثناعشر را میسازد.

تشخیص:-

تشخیص فیستول خارجی و داخلی اثناعشر بسیار آسان است. تشخیص فیستول خارجی تنها از روی تاریخچه و دیدن خود Fistule وضع شده میتواند. در حالات مشکوك باید از رادیوگرافی با مواد کشیفه استفاده شود.

تشخیص فیستول داخلی اثناعشر تنها توسط کلیشه سادهء رادیوگرافی و تاریخچه وضع شده میتواند. در کلیشهء سادهء رادیوگرافی به صورت واضح دیده میشود. که هواء از اثناعشر از طریق فیستول داخل کیسهء صفرا گردیده همچنان با رادیوگرافی مواد کثیفه دیده میشود که مواد کثیفه از طریق فیستول به کیسهء صفرا و قنات صفراوی مشترك داخل شده است.

تداوی:-

در تداوی فیستول اثناعشر٤ نقطه ذیل بسیار اهمیت دارد.

۱- محافظه جلد یا پوست:-

چون محتوی اثناعشر سبب هضم جلد میگردد از اینرو باید پوست محیط فیستول توسط مرهم های مخصوص مثل Allominum، slicon وغیره پوش شود و یا اینکه به مریض چنین وضعیت داده شود تا محتوی اثناعشر مستقیماً از فیستول خارج و به جلد هیچ تماس ننماید.. همچنان استعمال خریطه های پلاستیکی اگر به صورت درست تطبیق گردد از زخم های جلد محیط قرحه و هضم جلد جلوگیری مینماید.

۲- جلوگیری از ضیاع مایعات و الکترولیت ها از طریق فیستول :-

طوریکه میدانیم محتوی اثناعشر به مقدار زیاد الکترولیت ها و آب را احتواء مینماید از اینرو عضویت به زودی قسمت زیاد مایعات والکترولیت های خویش را از دست میدهد. برای اینکه اندازهء ضایعات فوق را کم سازیم. به مریض ادویه Anticholinergic میدهیم. تابدین وسیله تحرکیت معده وامعاء تناقص نموده و ضیاع مایعات والکترولیت ها تناقص یابد.

۳- معاوضه تمام آب والکترولیت ها که مریض از طریق فیستول ضایع نموده:-

برای این منظور باید تمام آب و الکترولیت های که از طریق Fis- tule ضایع میشود باید به دقت اندازه گردیده وبه همان اندازه دوباره اعاده شود.

٤- بسته نمودن Fistule :-

بسته نمودن Fistul قسمت عمدهء تداوی فستول است که اکثراً

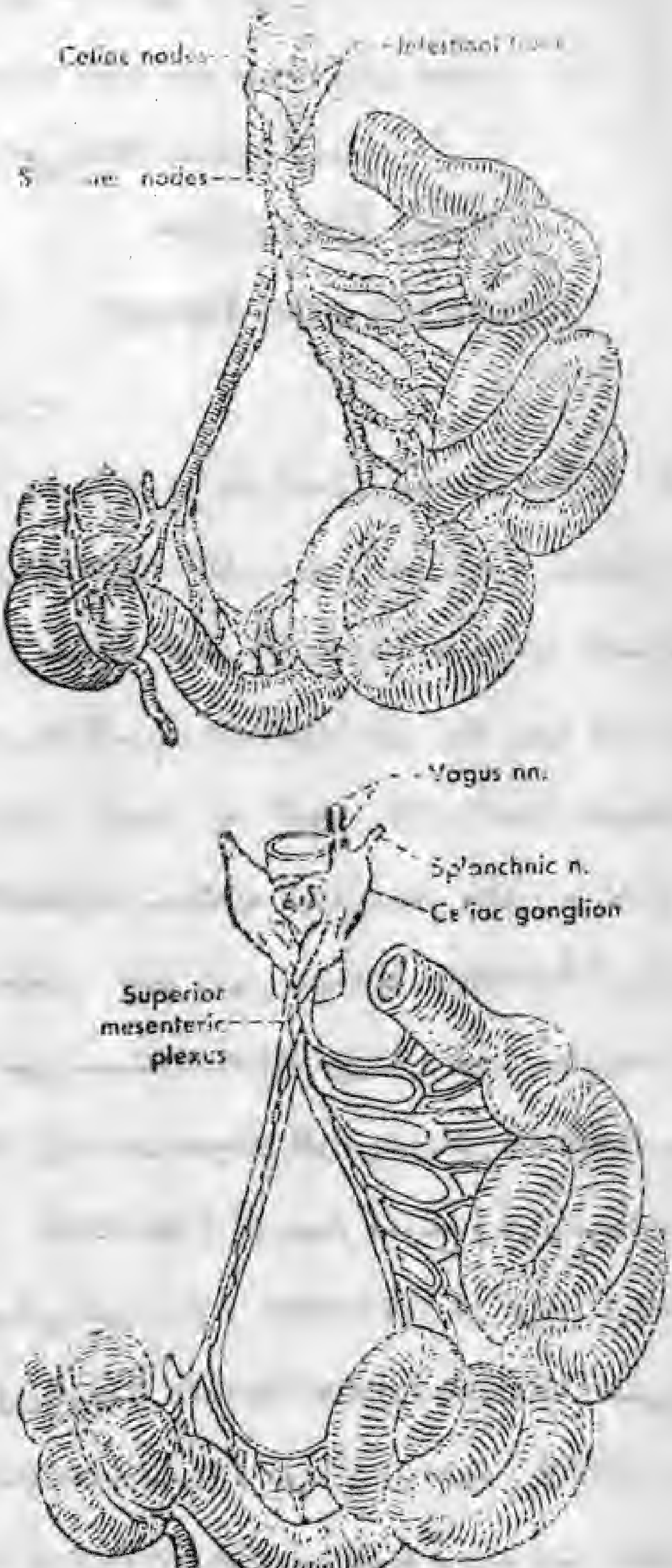
توسط تداوی محافظوی فوق خود به خود بسته میشود. در حالاتیکه فیستول بسته نشود باید مریض برای عملیات آماده و توسط یك عملیهء جراحی Fistul مسدود گردد.

Small Intestine
Jejunum and Ileum

اناتومی:-

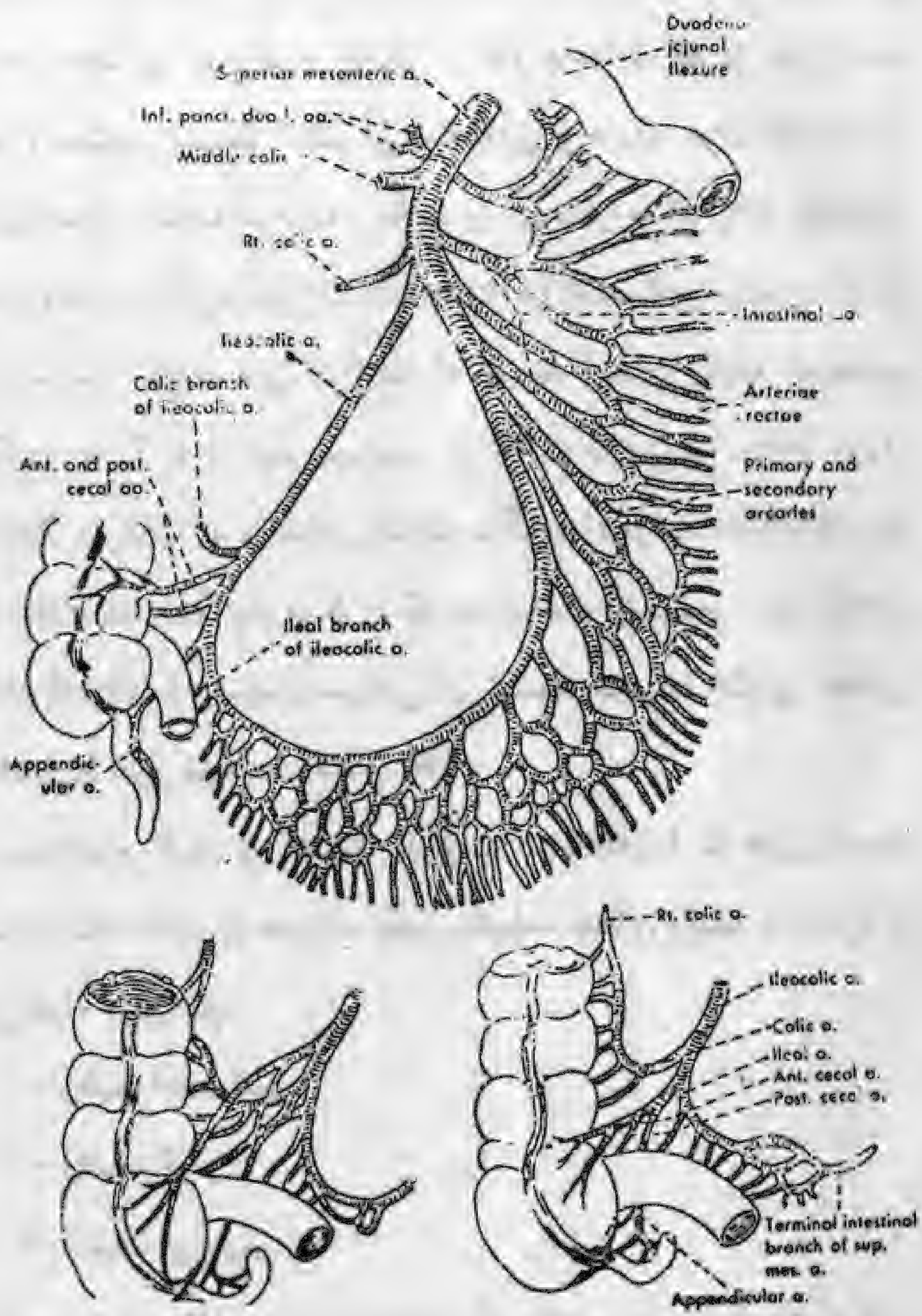
Jejunum و الیوم هر دو بنام امعای رقیقه یاد میگردد. ظاهراً در بین الیوم و Jejunum کدام سرحد واضح موجود نیست و از خارج یك قسم معلوم میشود. لیکن اگر به دقت دیده شود خصوصاً در وقت عملیات در بین الیوم و Jejunum فرق زیاد وجود دارد. مثلاً جوف Jejunum نسبت به الیوم کلان است همچنان التوأت حلقوی Jejunum نسبت به الیوم بسیار متبارز و تعداد شان زیاد است. ضخامت جدار الیوم نسبت به Jejunum کم است همچنام مساریقه الیوم نسبت Jejunum فرق دارد شحم مساریتهء الیوم نبست Jejunum زیاد است همچنان اقواس شریانی Jejunum بسیار کوتاه ، کوتاه و Vasa recta آن بسیار متوسع و دراز میباشد در حالیکه اقواس شریانی الیوم دراز و Vasa recta آن کوتاه، کوتاه میباشد.

امعای رقیقه از Duodeno Jejunal Flexure شروع و تا Il-eocecal valve ادامه دارد طول آن در حدود 20foot و توسط یك مساریقهء که 6-8 inch طول دارد تقویه گردیده است. شکل(٦-٧)


Celiac nodes
Vagus nn.
Splanchnic n.
Celiac ganglion
Superior
mesenteric
plexus

19-8

شکل ۷



Duodeno-jejunal flexure
Superior mesenteric a.
Inf. pancr. duod. aa.
Middle colic
Rt. colic a.
Intestinal aa.
Ileocolic a.
Colic branch of ileocolic a.
Arteriae rectae
Ant. and post. cecal aa.
Primary and secondary arcades
Ileal branch of ileocolic a.
Appendicular a.
Rt. colic a.
Ileocolic a.
Colic a.
Ileal a.
Ant. cecal a.
Post. cecal a.
Terminal intestinal branch of sup. mes. a.
Appendicular a.

فزیولوژی:-

ذغابات یا villiالتوات غشای مخاطی امعای رقیقه یك ساحه تقریباً 9 متر مربع را برای امتصاص آماده ساخته است که توسط این ساحه امتصاص آب، مواد غذائی و تمام مایعات که از طریق دهن خورده میشود قسمت اعظم آن امتصاص و صرف مواد فاضله، آن داخل امعای غلیظه میگردد. علاوه بر آن صفراء، افرازات پانقراس، لعاب دهن و بلاخره افرازات Jejunum را امتصاص مینماید که در 24 ساعت اندازه، این افرازات که توسط امعای رقیقه امتصاص میگردد به 7 یا 8 لیتر میرسد. در حالت نارمل در 24h صرف 300cc مایعات وارد امعای غلیظه میگردد افرازات Jejunum بنام Succus Intrecus یاد میگردد که یك قسمت آن توسط Crypt های Lieberkuhn وقسمت متباقی آن توسط حجرات غشای مخاطی Jejunum افراز میگردد. شکل (۸)

میکانیزم افراز و کنترول افرازات Jejunem تا هنوز درست فهمیده نشده است به صورت خلص وظیفه، امعای رقیقه را قرار ذیل شرح نموده میتوانیم.

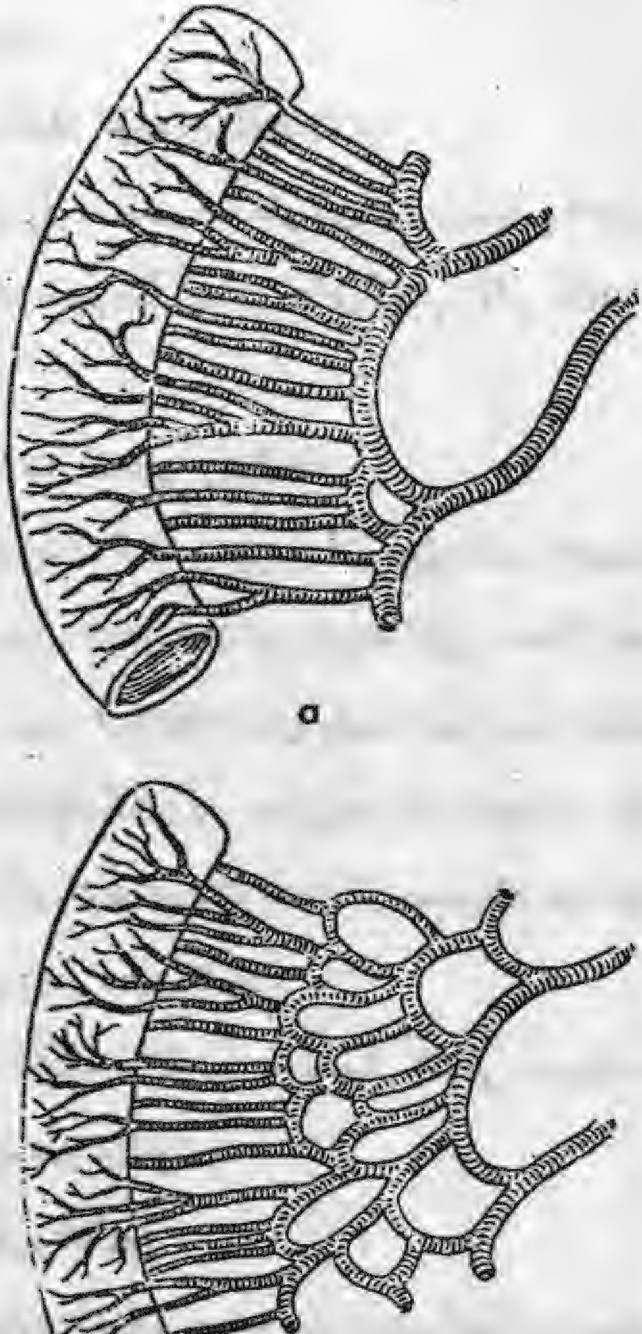
۱- وظیفه امتصاص.

۲- وظیفه افراز

۳- وظیفه هورمونی

عده، زیاد مؤلفین به این عقیده اند که امعای رقیقه تحرکیت و افرازات معده را نهیه نموده میتواند این مؤلفین میگویند که امعای

شکل ۸



رقیقه هورمون Entero gastron را آزاد مینماید که هورمون مذکور تحرکیت و افرازات معده را نهیه نموده میتواند و نیز گفته میشود که امعای رقیقه چنین مواد را نیز تولید نموده میتواند که افرازات معده را تنبه مینماید.

٤- وظیفه تهیه ویتامین ها :-

امعای رقیقه خصوصاً فلورای نهایت سفلی امعای رقیقه یك تعداد ویتامین ها خصوصاً ویتامین های گروپ B و vitK را نیز سنتیز نموده میتواند

جروحات امعای رقیقه:-

تمام ضربات کند و تیز و تمام جروحات قاطعه و ناریه میتواند سبب ماوف شدن امعای رقیقه شود. مثلاً یك ضربه قوی کند میتواند سبب ruptur امعای رقیقه شود و یا اینکه سبب تشکل یك Hematoma کلان در مساریقه گردد.همچنان شده میتواند توسط ضربهء مذکور یك قسمت امعاء از مساریقه خود جدا گردیده واروای آن قطع و دچار نکروز شود.

آلات قاطعه و ناریه به بسیار آسانی میتواند جروحات امعای رقیقه را بوجود بیاورند.

اعراض وعلایم:-

در پهلوی اعراض جرحه جدار بطن اعراض جروحات امعای رقیقه نیز موجود میباشد. که اندازه و شدت اعراض و علایم مذکور به اندازهء نزف، اندازه و موقعیت جرحه، همچنان زمان که بالای جرحه

گذشته peritonitis تأسس کرده و یا خیر؟ فرق میکند به هر صورت امکان دارد اعراض و علایم نزف و اعراض و علایم Peritonitis به شدت کم و زیاد موجود باشد.

تشخیص:-

از روی تاریخچه، اعراض و علایم و خصوصاً معاینات رادیولوژیك که به حالت استاده گرفته باشد. در صورت ruptur امعاء هوای آزاد در جوف بطن در تحت حجاب حاجز قابل دید میباشد که به تشخیص کمك زیاد مینماید.

تداوی:-

تداوی جروحات امعای رقیقه بسیار ساده و آسان است فوراً بعد از تشخیص بطن باز گردیده در مرحله اول کوشش شود که نزف توقف داده شود. بعد از توقف نزف جرحه امعاء ترمیم گردد. اگر تثقبات در امعای رقیقه به فاصله های دورتر از هم قرار داشته باشد هر یك را جدا جدا Debride و ترمیم مینمائیم. اما کوشش شود که زخم ها به طول امعاء دوخته نشود که سبب تضیق امعاء نگردد لاکن در حالاتیکه جروحات نزدیك نزدیك و پهلوی هم قرار داشته باشد و ارواء ساحهء ماوفه خوب نباشد و یا فکر شود بعد از دوختن این جروحات ارواء ناحیه خراب میشود باید همان قسمت امعاء بر داشته شود. و بعد نهایات مقطوعه با هم Anastomose گردد.

Typhoid Enteritis:-

Typhoid یك آفت Systemic بوده که توسط Salmonilla

کیست کلان باشد در حذای سره کتلهء کیست قابل جس میباشد. همچنان بعضاً کیست منتن شده ز Abscess رامی سازد که در این صورت اعراض و علایم انتان از قبیل درد، تب وغیره اعراض و علایم موجود می باشد.

یك اختلاط دیگر این سوئی شکل انسداد امعا است که در اینصورت امعا به دور Cyst ویا قنات باقیمانده تدور کرده و تمام اعراض و علایم انسداد نمایان می گردد.

تداوي:

باید توسط یك عملیهء جراحی کیست باتمام قنات قطع و کشیده شود.

ب- Umbilical Sinus

در صورتیکه قنات در تمام امتداد خود مسدود شده باشد و صرف در قسمت قدامی یعنی در حذای سره به اندازه یك تا ۲ سانتی متر باز مانده باشد Umbilical Sinus نامیده می شود که در اینصورت از Sinus مذکور یك نوع مخاط آبگین افراز می گردد که محیط سره را مرطوب و تر می سازد. تا زمانیکه Sinus مذکور منتن نه شده باشد هیچنوع اعراض نمیدهد اما زمانیکه منتن گردد تمام اعراض و علایم التهاب از قبیل درد، پندیدگی و سرخی ساحهء منتن، تب، افرازات چرکین وغیره دیده شده میتواند.

تداوی:

در ابتدا از انتی بیوتك و پانسمانهای مرطوب استفاده می شود تا

لکچرنوت های اساسات
جراحی بطنی
Lectur notes of principles of abdominal surgery

جدار بطن: (Abdominal Wall)

۱-ترضیضات جدار بطن:

ترضیضات جدار بطن را بصورت عموم بدو گروپ تقسیم کرده میتوانیم.

الف. ترضیضات کند جدار بطن

(Blunt injuries of abdominal wall)

ب ترضیضات تیز جدار بطن

(Shorp injuries of abdominal wall)

الف. ترضیضات کند جدار بطن :

آن ترضیضاتی که نتواند در جدار بطن کدام زخم باز را تولید نماید بنام ترضیضات کند جدار بطن یاد میگردد. مثلاً اثابت ضربه های سپورت های ثقیله، اثابت ضربه های چوب، سنگ وغیره آلات کند که نتواند در جدار بطن کدام زخم باز را تولید نماید ولو هر قدر شدید و قوی هم باشد بنام ترضیضات کند یاد میگردد. این قسم ضربه های

Typhy بوجود میاید. این مرض را در داخله مطالعه مینمائید. در این جا صرف از اختلاطات آن مثل نزف و تثقب بحث مینمائیم زیرا اختلاطات آن بعضاً به عملیات جراحی ضرورت پیدا مینماید. این اختلاطات بسیار نادر بوده صرف در 2% وقایع دیده میشود. فعلاً اکثر جراحان حتی در صورت اختلاطات، هم از مداخله جراحی خود داری مینماید. اختلاطات آن قرارذیل است.

1- نزف یا Hemorrhage:-

اکثراً خفیف بوده و توسط تداوی داخله توقف مینماید. اگر نزف وخیم هم باشد به مداخله جراحی اقدام نمیشود. زیرا از یك سو امعاء فوق العاده التهابی و شکنند میباشد و از سوی دیگر نزف مذکور از قرحات متعدد غشای مخاطی صورت میگیرد. و از یك محراق واحد بوجود نمی آید. که بسته یا دوخته شود. مداخله جراحی صرف در حالات صورت میگیرد که نزف فوق العاده وخیم و از کنترول خارج باشد.

2- تثقب یا Perforation:-

در صورت تثقب هم کوشش میشود که زود مداخله جراحی صورت نگیرد و به عوض عملیات مریض NPO (Noting Per Oral) گردیده و Tube معدوی تثبیت میگردد. همچنان مایعات و الکترولیت های مریض از طریق ورید تنظیم میشود. و تداوی ضد محرقه به صورت جدی برای مریض شروع میشود. مداخلهء جراحی تنها وقتی صورت میگیرد که مریض در وقت بسیار مناسب به

شفاخانه رسیده باشد. و از تثقب 48h نگذشته باشد و یا اینکه تداوی محافظوی فوق هیچ نتیجه ندهد و اعراض Peritonitis و انسداد رو به وخامت باشد که در این دو شکل فوق باید بطن باز گردیده و تثقب دوخته شود. و یا اینکه بالاتر از قسمت سوراخ شده Iliostomy اجراء گردد. تا راه ترانزیت امعاء تبدیل گردیده و به بهبودی وضع مریض و بسته شدن ناحیه مثقوبه فرصت پیدا شود.

اعراض‌وعلایم:-

مریض تب بلند، زبان بار دارد و سرگنسی داشته ، ناراحتی درد بطن، سردردی، سرفه و اندفاعات جلدی Maculo Papolar داشته میباشد. در معاینه خون در مرحله اول مرض اندازه کرویات سفید کم شده میباشد، عقدات لمفاوی مساریقه و طحال ضخامه نموده میباشد، در صورتیکه نزف موجود باشد اعراض نزف و در صورت تثقب اعراض Peritonitis مثل دلبدی استفراق، توسع بطن و شخی عضلات جدار بطن موجود و جدار بطن بسیار حساس و دردناك میباشد بعضاً از سبب التصاقات انسداد میخانیکی و بعضاً از سبب Peritonitis انسداد فلجی موجود میباشد.

تشخیص:-

از روی تاریخچه، اعراض، علایم، معاینات رادیولوژیك و معاینات لابراتواری وضع میگردد.

در زرع مواد غایطه و یا خون Salmonilla Typhy تثبیت شده میتواند که برای تائید تشخیص کمك مینماید.

تداوی:-

در صورت که اختلاطات از قبیل نزف، تثقب و انسداد موجود نباشد تداوی با دواهای ضد محرقه اجراء میگردد و اگر اختلاطات موجود باشد با تداوی ضد محرقه تداوی اختلاط که در فوق ذکر شد یکجا اجراء میگردد.

Regional Enteritis:-

بنام Crhon Disease نیز یاد میگردد در هر قسمت قنات هضمی بوجود آمده میتواند. یك آفت مزمن Sclerosing Granolumatose قنات هضمی است آفت در ساحهء Terminal ilium بسیار زیاد دیده میشود از اینرو آفت فوق بنام Terminal ileitis نیز یاد میگردد این آفت در هر عمر پیدا شده میتواند مگر بین سن 20-30 سالگی زیاد عمومیت دارد. این مرض مثل که در فوق عرض شد در تمام قنات هضمی از مری تا به رکتم پیدا شده میتواند. در بعضی اشکال Appendix و Cecum را نیز اشغال میکند. بعضاً تمام الیوم وحتی یك قسمت Jejunum را نیز اشغال میسازد.

Etiology :-

اتیولوژی آن معلوم نیست صرف یك تعداد فکتورها در تولید این مرض ذکز شده که قرار آتیست.

1- حساسیت موضعی امعاء به مقابل پروتین های خارجی و اجسام اجنبی.

2- Local Autoimmun reaction امعاء.

3- Lymphedema که از سبب رکودت اوعیه لمفاوی بوجود میآید.

4- باکتریئی ها.

5- پرازیت ها.

6- ویروس ها.

7- فکتور ها Genetic.

پتالوژی:-

تغیرات پتالوژیك که در Regional Enteritis بوجود میآید هم با دیدن چشم و هم تحت Microscope در مراحل مختلف مرض فرق مینماید یعنی هر قدر مرض مزمن میگردد به همان اندازه تغیرات پتالوژیك آن زیاد میشود.

اگر قسمت ماؤف امعاء به چشم دیده شود رنگ سرخ گلابی داشته، اذیمائی و التهابی میباشد عقدات لمفاوی مشارقهء ناحیهء ماؤف سخت و ضخاموی بوده، امعای ماؤف قوام را بری دارد (یعنی سخت است) جدار امعای ماؤف دو سه مرتبه نسبت به امعای نارمل ضخیم میباشد و هر قدر که وقت زیاد میگذرد ضخامت جدار آن نیز زیاد میشود. اگر قسمت ماؤف قطع گردد دیده میشود که جوف آن بسیار تنگ است و جدار آن بسیار ضخیم خصوصاً طبقه تحت المخاطی بسیار ضخیم بوده و دچار فبروز گردیده است.

امعای بالاتر از قسمت ماؤف یك اندازه متوسع شده میباشد که این وضع به انسداد قسمی دلالت مینماید. در طبقه غشای مخاطی قرحه های کوچك کوچك و متعدد موجود میباشد که بعضی از این قرحات سطحی و بعضی شان خیلی عمیق میباشد.

عروات قسمت ماؤف هم بین خود وهم با احشای مجاور التصاق نموده میباشد و بعضاً به کلی به شکل یك کتله معلوم میشود. و در بعضی حالات در بین عروات التصاقی فیستول تأسس کرده میباشد. همچنان بین قسمت ماؤف و دیگر قسمت های نارمل نیز فیستول تأسس نموده میتواند.

مساریقه قسمت ماؤف سرخ، اذیمائی، والتهابی میباشد و قوام آن سخت را بری بوده و بسیار ضخیم شده میباشد.

اعراض وعلایم:-

اعراض سریری نظر به اینکه آفت در کدام قسمت قنات هضمی قرار دارد وسعت آن چقدر است و بالاخره اختلاطات به میان آمده و یا خیر؟ فرق میکند مثلاً در صورت موجودیت ابسی اعراض ابسی و در صورت موجودیت نزف اعراض نزف و در صورت موجودیت تثقب اعراض تثقب و Peritonitis در صحنه حاکم میباشد و اعراض اصل مرض از صحنه دور میماند.

خلاصه گفته میتوانیم که در مرض فوق اعراض ثابت نبوده و نظر

به واقعه فرق میکند که به صورت عموم به چند گروپ ذیل تقسیم گردیده: در یك گروپ اشخاص اعراض بسیار خفیف و یا به کلی معدوم میباشد در این گروپ مریضان امکان دارد صرف یك اندازه ناراحتی در بطن موجود بوده که با خوردن غذاء شدت کسب میکند.

در گروپ دیگر مریضان آفت بسیار حاد بوده و مریض در یك لوحهء بطن حاد به شفاخانه مراجعه مینماید که این گروپ مریضان اکثراً جوان بوده و مریض اکثراً بنام Appendicitis تحت عملیات گرفته میشود. این مُریضان حساسیت جدار بطن، شخی عضلات دلبدی، استفراغ Leukocytosis و به اندازهء متوسط تب و اسهال میداشته باشد این گروپ مریضان تحت نام Acute Regional En-teritis یاد میگردند. در گروپ سوم مریضان اعراض مرض به صورت Periodic نمایان میگردد. که با گذشت زمان آهسته آهسته از یك سو اعراض شدت پیدا میکند و از سوی دیگر زمان Period، اعراض طویلتر میشود که این شکل بنام Chronic relapsing enteritis یاد میشود در این شکل درد بطن، تب خفیف، دلبدی، استفراغ، بی اشتهائی و اسهال موجود میباشد که اسهال مذکور مقابل هیچ نوع تداوی داخله جواب نمیدهد در گروپ چهارم در مریضان ابتدا اسهال پیدا شده که بعد از چند روز اسهال به مریض درد Colici بطن، دلبدی و استفراغ پیدا میشود.

اختلاطات:-

a- انسداد:- انسداد تام هیچ وقت دیده نمیشود عموماً انسداد

قسمی و ناتام میباشد در این اختلاط ضرورت به عملیات عاجل نیست باید مریض به آهستگی برای عملیات آماده شده و عملیات گردد.

b- تثقب:-

واقعات تثقب بسیار زیاد بوده و تقریباً 15-20% وقایع دیده میشود تثقب آزاد که سبب Peritonitis شود بسیار کم است تثقب اکثراً به شکل فیستول داخلی واقع میشود یعنی اکثراً غروه‌ء ماؤف به عروه‌ء دیگر که با عروه ماؤف التصاق نموده تثقب مینماید و یا اینکه عروه‌ء ماؤف به آبسه که در ساحه ساخته شده باز گردیده و فیستول میسازد. گاه گاهی قسمت ماؤف به مثانه ، رحم، کولون و معده فیستول داخلی میسازد.

c- نزف:-

نزف هم یك اختلاط مهم این مرض بوده مگر آنقدر وخیم نمیباشد و اکثراً به شکل Mic بوده که به تدریج سبب Anemia میگردد.

تشخیص:-

از روی تاریخچه، اعراض، علایم، معاینات رادیولوژیك و معاینات لابراتواری وضع میگردد.

معاینات رادیولوژیك از یك سو در تشخیص فیستول و از سوی دیگر در تشخیص مرض رول دارد.

تدوای:-

چون اتیولوژی مرض معلوم نیست از اینرو هیچ نوع تداوی داخله و

جراحی آنقدر نتیجه خوب نمیدهد مگر باوجود آنهم باید وضع عمومی مریض اصلاح، اسهال و Anemia آن تداوی شود. به مریض استراحت مطلق و رژیم غذائی پروتینی داده شود و بالاخره به مریضACTH و Cortico steriod داده میشود.

تداوی جراحی:-

قراریکه قبلاً گفتیم تداوی جراحی هم چندان نتیجه نمیدهد اما به آن هم در بعضی حالات مثل تثقب، انسداد، فیستول و موجودیت آبسه استطباب عملیات جراحی موجود است. در عملیات جراحی قسمت ماؤف با مساریقه آن یکجا برداشته شده و سطوح مقطوعه باهم Anastomose میگردد. و یا اینکه نهایت الیوم با کولون مستعرض Anastomose میشود. در شکل دیگر عملیات قسمت ماؤف و مساریقه آن به حال خود گذاشته میشود و بالاتر از قسمت ماؤف قسمت سالم و متوسع باکولون تفمم داده میشود.

تومورهای امعای رقیقه:-

تومورهای سلیم امعای رقیقه:-

تومورهای سلیم که در امعای رقیقه بسیار دیده میشود. عبارت است از Fibroma, Hemangioma, Adenoma, Leiomyoma و Polyp ها میباشد.

اعراض وعلایم:-

اکثراً هیچ اعراض ندارند و یا اینکه بسیار کم سبب اعراض میشود از اینرو تشخیص تومورهای مذکور مشکل و اکثراً به صورت

تصادفی کشف میگردد به صورت عمومی تومورهای سلیم امعای رقیقه اعراض ذیل را بوجود آورده میتواند مثل انسداد، نزف، فیستول، Peritonitis و آبسه. که به این اعراض در عین زمان اختلاطات تومورهای مذکور نیز گفته شده میتواند.

تداوی:-

بعد از تشخیص باید تومور توسط یك عملیه جراحی کشیده شود. همراه تومور عروه ایکه تومور در آن موجود است یکجا کشیده شود و سطوح مقطوعه امعاء با هم Anastomose گردد.

تومورهای خبیث امعای رقیقه:-

تومورهــای خبیث امعائی رقیـقه بسیار کـم بوده و تقریباً 2% تمام تومورهای خبیث قنات هضمی را تشکیل میدهد. آن تومورهای خبیث که زیاد دیده میشوند عبارت انداز Carcinoid Iymphoma, Lieomyosarcoma, Adeno Carcinoma و Sarcoma میباشد.

اعراض:-

قرارذیل است:-

1- اسهال با Tenesmus شدید که مخاط زیاد را احتواء میکند.

2- انسداد با دلبدی، استفراغ، درد شدید بطن که همراه با توسع بطن نیز میباشد.

3- نزف Microscopic که آهسته آهسته سبب Anemia میگردد.

اعراض که در فوق ذکر شد در حقیقت اختلاطات تومور های خبیث نیز گفته شده میتواند.

تداوی:-

یگانه تداوی تومور های خبیث امعای رقیقه کشیدن تومور با تمام عقدات لمفاوی نا حیوی میباشد در صورت که تومور در اثنا عشر باشد همراه تومور، اثناعشر و رأس پانقراس نیز کشیده میشود.

رتج‌های‌امعای‌رقیقه:-

در الیوم و Jejunum رتج ها آنقدر عمومیت ندارد و عموماً رتج های امعای رقیقه در وجه مساریقی امعاء بوجود میآید. رتج های مذکور طبقه مخاطی و تحت مخاطی را احتواء میکند از نظر سریری در صورت که رتج اختلاط نداشته باشد اعراض سریری دیده نمیشود. در صورت اختلاط از قبیل التهاب رتج، التصاق رتج، آبسه، تثقب، نزف وغیره اعراض سریری نظر به نوع اختلاط لوحه های سریری مختلف میدهد. در جمله رتج های امعای رقیقه رتج Meckle را که بسیار عمومیت دارد مطالعه میکنیم.

Meckle's Diverticulum:-

رتج Meckle یك رتج ولادی الیوم بوده که در قسمت نهائی الیوم تقریباً 25cm بالاتر از دسام iliocecal موقعیت میداشته باشد. این رتج در مقابل وجه مساریقی امعاء قرار دارد در یك تعداد وقایع رتج Meckle توسط یك حبل لیفی با سره ارتباط میداشته باشد.

از نظر سریری تا زمان که اختلاط نداشته باشد هیچ اعراض ندارد. اختلاطات آن قرار ذیل است.

انتان خاموش گردد. بعداً توسط یك عملیه جراحی سینوس آزاد، قطع و دور میگردد.

بعضاً درست دانسته نمیشود که آیا این سینوس است و یا فستول که در اینوقت باید یك اندازه Lipiodole در مجرا زرق و رادیوگرافی اخذ گردد به بسیار آسانی دو مرض فوق از هم تفریق می گردد.

ج- Meckel,s Diverticulum

در صورتیکه قنات مذکور در تمام طول خود بسته شود صرف در نهایت خلفی باز بماندبنام Meckel,s Diverticulum یاد می گردد.

این سو شکل ولادی بسیار عمومیت داشته و تقریباً در هر ۱۰۰ نفر در دو نفر دیده شده میتواند.رتج فوق تقریباً دو انچ طول داشته و تقریباً ۲۵ سانتی متر از دسام Ileocecal مسافه دارد. رتج مذکور عموماً آزاد بوده و با سره هیچ ارتباط ندارد صرف در بعضی حالات بسیار نادر توسط یك بندل لیفی باسره وصل میباشد.

قاعده رتج مذکور اکثراً آزاد بوده از اینرو افرازات مخاطی رتج به آسانی داخل الیوم میریزد. در رتج مذکوربعضاً نسج اکتوپیك معده و پانقراص موجود میباشد.

1- **انسداد :-** يك اختلاط عمده رتج ميكل بوده كه در سن كهولت بسيار عموميت دارد اسباب عمده انسداد در اينجا سه چيز است.

1- تاب خوردن رتج به دور حبل ليفى كه از رتج تا سره امتداد دارد.

2- Intussusception رتج به داخل جوف امعاء.

3- التصاقات كه بعد از التهاب رتج پيدا ميشود.

2-**نزف:-**

يك اختلاط مهم رتج ميكل بوده كه سبب آن عموماً قرحات -pep tic نسج معده است كه به صورت ectopic در رتج موجود ميباشد كه افرازات غشاى مخاطى نسج ectopic معده سبب بوجود آمدن قرحات در رتج گرديده كه اين قرحات سبب نزف ميشود.

3-**التهاب‌رتج:-**

اين هم يك اختلاط عمده، رتج ميكل است كه در سن كهولت عموميت دارد. اعراض و علايم آن شبا هت زياد به Appendicitis داشته از اينرو اكثراً با Appendicitis مغالطه ميشود.

6- **تثقب:-**

يك اختلاط بسيار عمده، رتج Meckle بوده كه سبب Peritonitis وخيم و كشنده ميشود. تثقب رتج عموماً بعد از التهاب رتج پيدا ميشود.

تداوى:-

در صورت كه رتج غير التهابى باشد تداوى آن ساده و عبارت از

قطع کردن رتج است از قاعده آن اما در حالاتیکه که رتج التهابی باشد باید همراه رتج یك اندازه امعاء هم کشیده شده و بعد سطوح قطع شده باهم Anastomose گردد.

امعای غلیظه یا Large Bowel

و یا Large Intestine

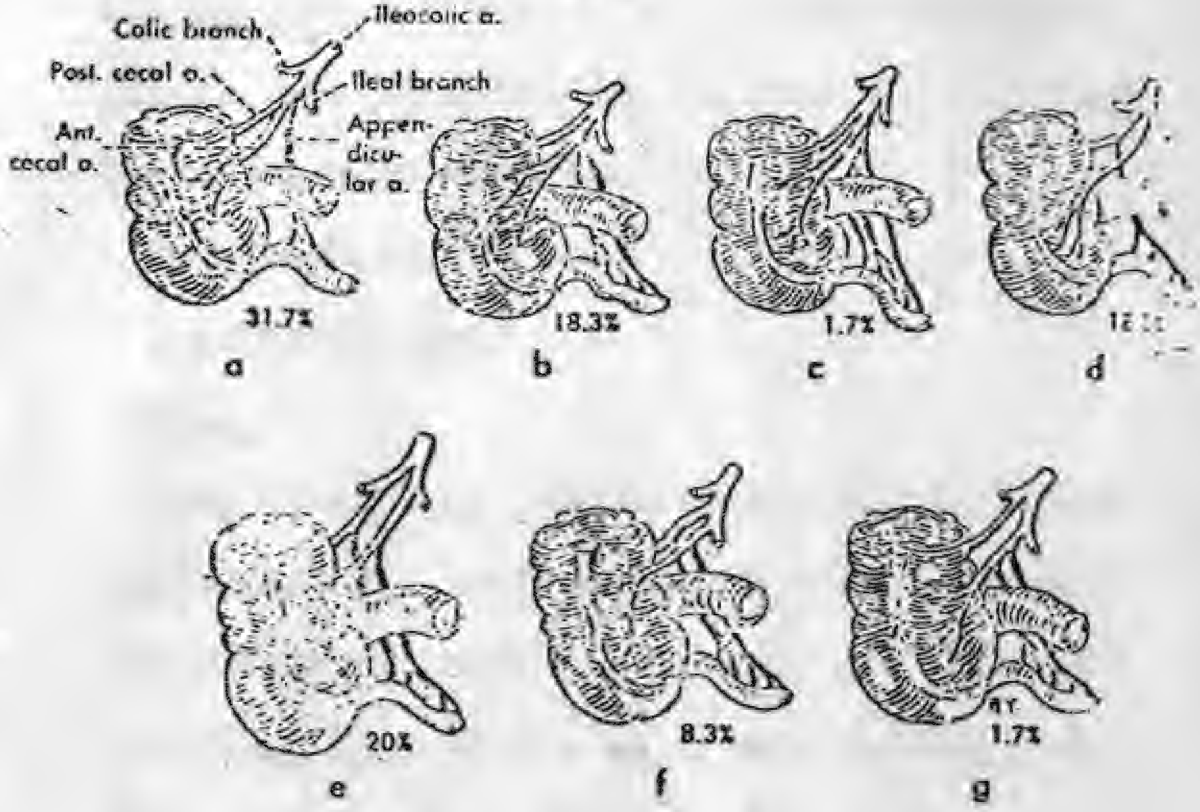
اناتومی:-

امعای غلیظه از کولون و rectum عبارت بوده و کولون از قسمت های مختلف مثل Descending Colon, Ascending Colon, Transvers Co- و Appendix, Cecum, Sigmoid Colon lon, تشکیل گردیده است. به صورت عموم بنام کولون راست و کولون چپ نیز یاد میگردد. شکل (۱۰-۱۱)

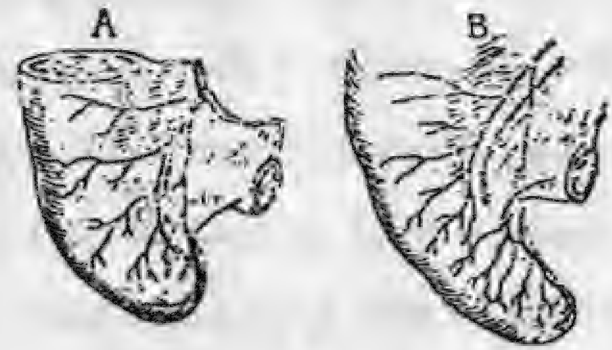
در کولون راست Cecum ، Appendix، Ascending Colon و زاویه کولون راست (Hepatic Flexure) ونصف طرف راست کولون مستعرض شامل میباشد و در کولون چپ نصف طرف چپ کولون مستعرض، زاویه کولون چپ یا Splenic Flexure، Descending Colon و Sigmoid Colon شامل میباشد کولون به صورت عموم تقریباً 1.5m طول دارد و تمام کولون بدون کولون Segmoid و کولون مستعرض در خلف پریتوان قرار دارد. یعنی موقعیت Retro Peritonial دارد.

عضلات طولانی کولون در امتداد کولون در 3 قسمت تراکم کرده و یك قسم شریط ها را بوجود آورده که بنام Tenia Coli یاد

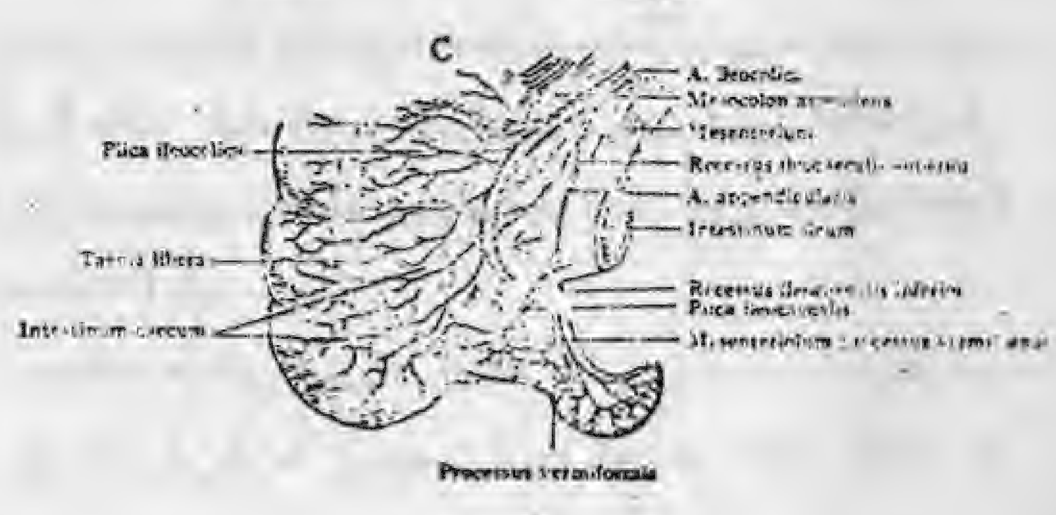
شکل ۹



Colic branch
Ileocolic a.
Post. cecal a.
Ileal branch
Ant. cecal a.
Appendicular a.
31.7%
a
18.3%
b
1.7%
c
d
20%
e
8.3%
f
1.7%
g

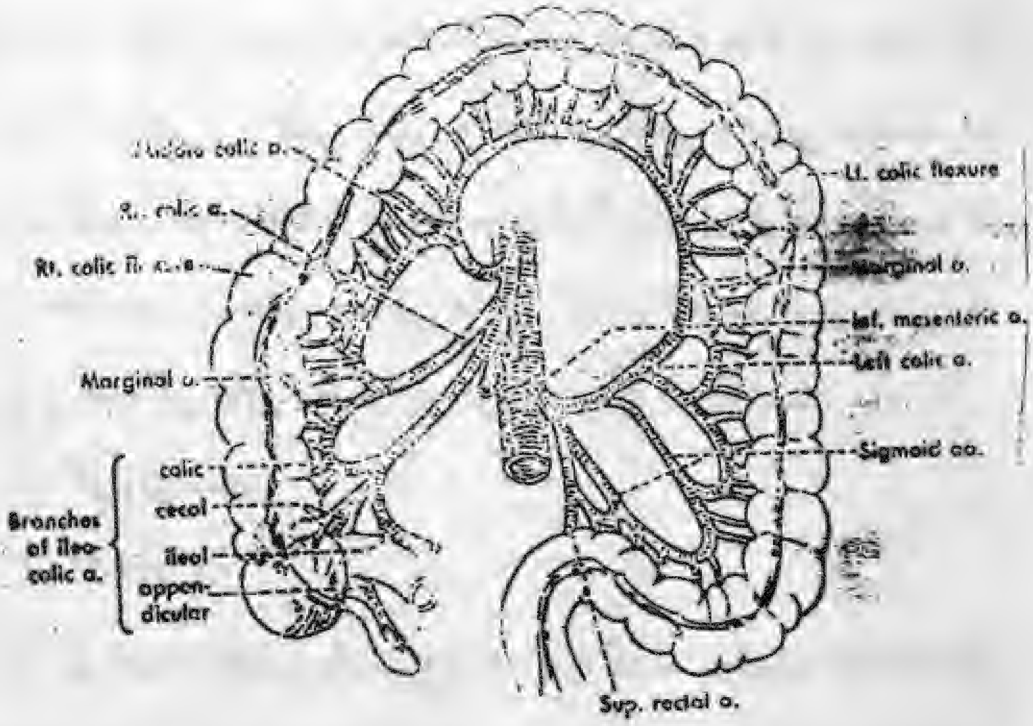


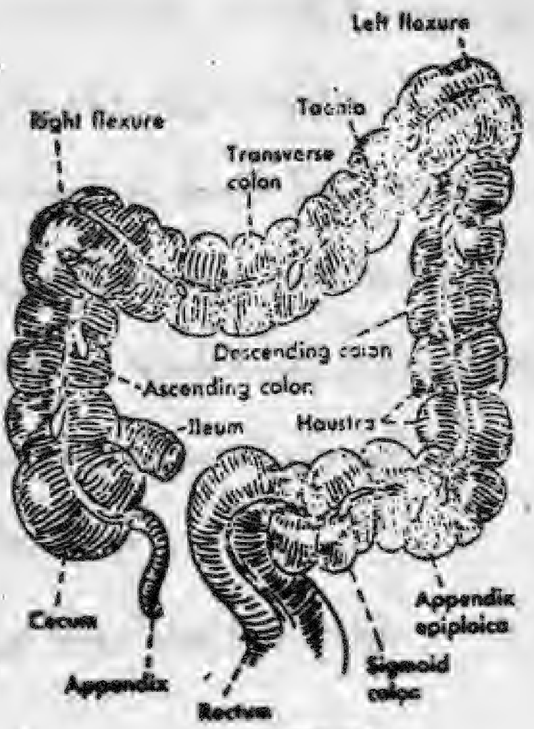
A
B



C
A. appendicularis
Intestinum caecum
Processus vermiformis

شکل ۱۰





The colon.

میگردد. Tenia coli در تمام امتداد کولون الی Recto sigmoid-junction امتداد دارد. طوریکه قبلاً نیز اشاره گردید کولون سه Te-nia دارد یکی در قدام بنام Tenia قدامی دو عدد دیگر در خلف قرار دارد. که یکی آن خلفی انسی و دیگرش خلفی وحشی میباشد در جدار کولون طول Tenea نسبت به دیگر الیاف آن کوتاه تر است که این حالت سبب بعضی چملکی ها در کولون گردیده است یعنی یك نوع بر آمده گی های منظم را در کولون بوجود آورده است.

1- کولون راست:-

1- Cecum:-

از آن قسمت کولون راست عبارت است که به تعقیب iliocecal-Valve قرار دارد. نهایت سفلی Cecum محدب بوده که تقریباً 6cm طول و 6cm عرض دارد. این را هم باید بگوئیم که Cecum به پریتوان جداری تثبیت نیست.در قسمت انسی Appendix, cecum قرار دارد که مثل کرم معلوم میشود و در اشخاص مختلف از 5-10cm طول دارد. Cecum توسط شریان Appendicular که یك شعبه سفلی شریان مساریقی علویست ارواء میگردد.

2- Ascending Colon:-

از cecum تا زاویه کبدی کولون امتداد دارد.

2- کولون چپ:-

کولون چپ از نصف طرف چپ Transvers Colon،

Descending Colon، زاویه کولون چپ Colon و Sigmoid تشکیل گردیده.

-:Transvers Colon -1

بین زاویه چپ و راست کولون موقعیت دارد. چون به صورت مستعرض واقع شده از اینرو بنام کولون مستعرض یاد میگردد کولون مستعرض توسط Epiplon گستروکولیك با معده ارتباط پیدا کرده است کـه در ثـرب کولونی معدوی فـوق شرائین -Right Gas troEpiptoic و Left Gastro Epiptoic سیر مینماید همچنان از کولون مستعرض ثرب کبیر نشئت مینماید. که ثرب مذکور امعای رقیقه را قسماً در قدام پوش کرده است کولون مستعرض مثل امعای رقیقه دارای Meso آزاد است که بنام Meso Colon Transvers یاد میگردد. Meso مذکور کولون مستعرض را به جدار خلفی بطن تثبیت کرده است.

زاویه‌کولون‌چپ:-

یك ضلع این زاویهء را کولون مستعرض و ضلع دیگر آنرا کولون نازله تشکیل داده است. زاویهء کولون چپ نسبت به زاویهء راست کولون بسیار بلند قرار دارد. چون این زاویه با طحال ارتباط بسیار نزدیك دارد از اینرو بنام زاویه طحالی یا Splenic Flexure یاد میگردد.

-:Descending Colon -2

بین زاویه چپ کولون و کولون Sigmoid موقعیت دارد. این کولون

هم به جدار خلفی بطن تثبیت شده است. تمام کولون چپ توسط شریان مساریقی سفلی ارواء و توسط عصب Vagus تعصیب گردیده و در آفات کولون چپ درد عموماً در Left lower Quadrant نمایان میگردد.

-:Sigmoid Colon -3

بنام کولون حرقفی حوصلی نیز یاد میگردد. این کولون توسط شعبات شریان مساریقی سفلی ارواء میگردد در هر 24 ساعت تقریباً Chyme 500cc داخل Cecum میشود. ضخامت کولون چپ نسبت به راست کمتر است وظیفه، آن ذخیره کردن مواد غایطه است کولون به اندازه متنابه باکتری ها را احتواء مینماید. مهمترین آن Aerobacter Aerogenes, Clostridum Welchii, E. Coli وغیره میباشد.

باکتریائی مذکور یك مبنع مهم و بزرگ ویتامین های گروپ B و Vitk میباشد. بعد از باکتری ها در محتوی مواد غایطه Bile Pigment و حجرات غشای مخاطی زیاد دیده میشود.

ترضیضات امعای غلیظه:-

تمام ترضیضات کند و تیز جدار بطن سبب جروحات و آفات امعای غلیظ شده میتوالد.

1- جروحات امعای غلیظ که توسط جروحات نافذه بوجود می آید:

این قسم جروحات امعای غلیظ توسط آلات قاطعه مثل کارد، چاقو، نیزه، شمشیر وغیره وهم توسط تمام آلات ناریه بوجود آمده

میتواند. از نظر سریری نظر به اینکه به چه اندازه خون ضایع شده آیا پریتونیت تأسس کرده و یا خیر فرق میکند.

تشخیص:-

از روی تاریخچه، اعراض و علایم، معاینات لابراتواری و رادیولوژیك وضع شده میتواند.

تداوی:-

باید در تمام حالات که جرحهء نافذه جدار بطن موجود باشد به صورت فوری باید بطن باز گردد بعد از باز نمودن بطن نظر به نوعیت جرحه موقعیت جرحه و وضع مریض تصمیم گرفته میشود. مثلاً در صورت که جرحه بسیار کوچك و اروای حوافی جرحه خوب باشد بعد از پاك کردن جوف بطن جرحهء مذکور به دو پلان دوخته میشود در صورتیکه مریض بعد از گذشت شش ساعت مراجعه کرده باشد یك Drain در بطن تثبیت میگردد لاکن در صورت که حوافی جرحه کوبیده شده و اروای آن هم خوب نباشد باید اول حوافی جرحه دور گردیده و بعد مثل فوق به دو پلان دوخته شود و در صورت که چند جرحه موجود باشد و یا جرحه بسیار کلان باشد و وضع عمومی مریض خوب باشد Resection قسمت ماؤفه اجرا میشود بعداً نهایات مقطوعه انستوموز میگردد و اگر حالت عمومی مریض خراب باشد قسمت ماؤف از جوف بطن بیرون ساخته میشود یعنی Exteriorization اجرا میگردد. در حالات که جرحه کوچك و در کولون نازل یا سگموتید موجود باشد ابتدا جرحه به دو پلان دوخته

شده و بعد Transverse colon colostomy اجرا میگردد.

ترضیضات کند امعای غلیظه:-

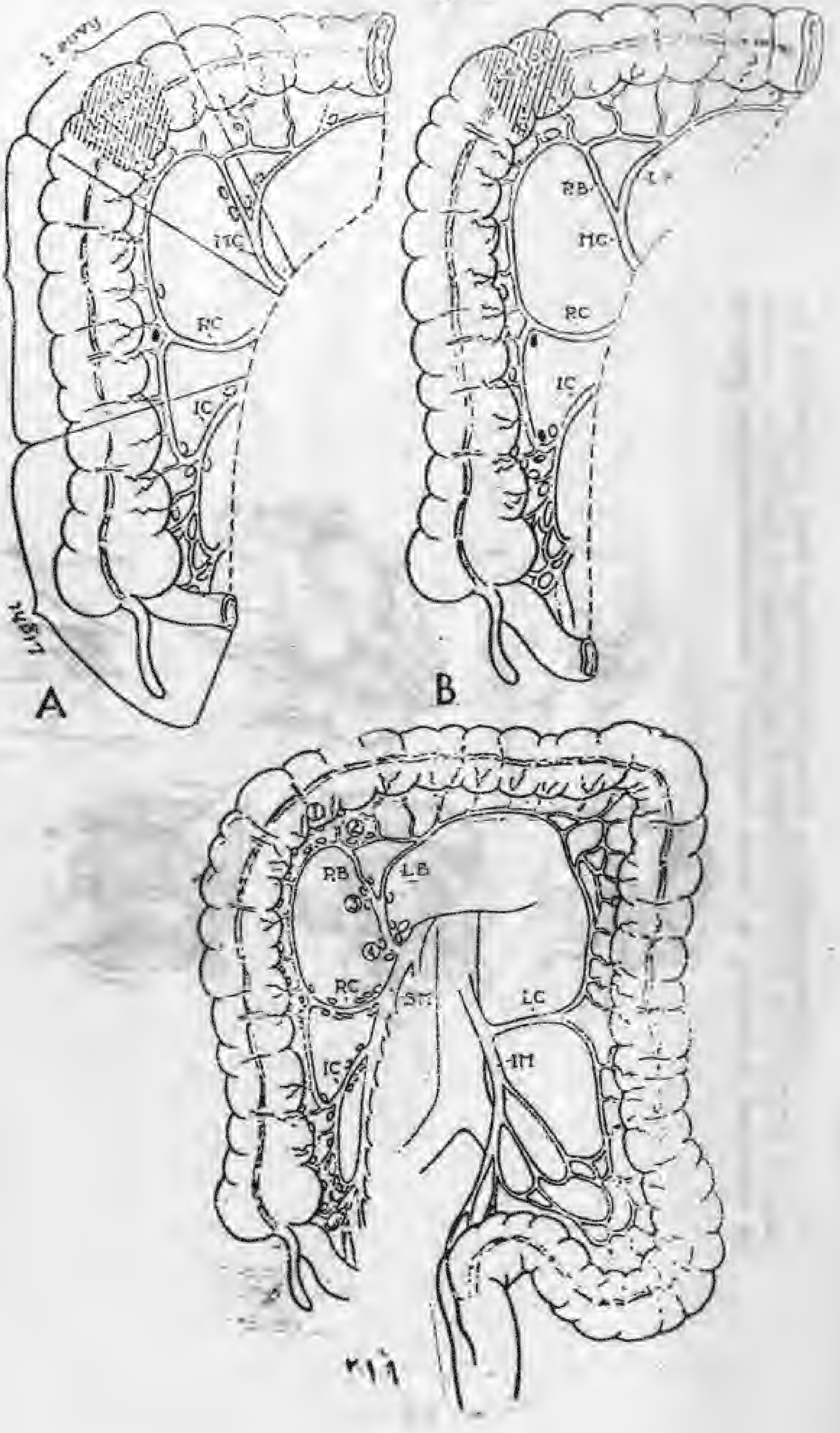
توسط ترضیضات فوق هر قسمت کولون ماؤف شده میتواند لاکن Cecum چون سطحی قرار دارد و پر میباشد بسیار زیات ماؤف میگردد (ریچر مینماید) اما زاویه های کولون چون بسیار در خلف قرار دارد آنقدر ماؤف نمیشود بعد از Cecum سگموئید زیات ماؤف میشود جروحات فوق کولون هم مثل جروحات نافذه که در فوق ذکر شد تداوی میگردد. شکل (۱۲)

-:Acute Appendicitis

چون میدانیم که Appendix یك استطاله اضافی یارتج Cecum است که التهاب حاد این استطاله بنام Acute Appendicitis یاد میگردد Appendix در محل اتصال ایلوم و Cecum قرار دارد طول آن متفاوت بوده از 8-12cm در اشخاص فرق مینماید. Appendix در حفرهء حرقفی راست توضع دارد اما بعضاً بالاتر قرار داشته که بنام Sub hepatic Appendix یاد میگردد و بعضاً پائین در حوصله قرار داشته که بنام اپندکس حوصلی یا pelvic Appendix یاد میشود و در بعضی اشخاص دیگر عمیق در خلف پریتوان موقعیت دارد که بنام Retroperitoneal Appendix یاد میگردد. لاکن محل اصلی اپندکس وجه خلفی چکم درجای که هر سه Tenia چکم باهم وصل میشود میباشد. شکل (۹)

فزیولوژی اپندکس تا حال به خوبی دانسته نه شده لاکن از نظر معاینات هستوپتالوژی تنها اینقدر دانسته شده که اپندکس دارای

شکل ۱۱



اختلاصات:

۱-نزف:

بعضاً شدید اما اکثراً خفیف سیر می نماید و مریض بصورت دوامدار از یکنوع Meiana بی درد شاکی می باشد که مریض را فوق العاده کمخون ساخته می باشد. سبب نزف موجودیت نسج اکتوپیك معده بوده که افرازات غشای مخاطی آن سبب Autodigestion میگردد.

۲-التهاب رتج:

این اختلاط هم زیاد دیده میشود که بنام Meckel,s-Diverticulitis یاد میگردد.

۳-انسداد:

این اختلاط هم به اندازه کافی دیده می شود که یا از سبب تغلف (intussusception) امعاء بداخل رتج و یا از سبب تدور امعا از بالای بندل لیفی رتج بوجود می آید.

د- Patent omphalomesenteric duct:

بنام Persistent omphalomesentericduct نیز یاد می گردد. در صوریتکه قنات در تمام طول خود باز مانده باشد به این نام یاد میگردد. که در این صورت بین امعای رقیقه وسره توسط این قنات باز ارتباط تامین گردیده که در نتیجه آن گازات و مواد غایطه از امعاء توسط این قنات تا به سره رسیده و از طریق سره خارج میگردد.

شکل ۱۲

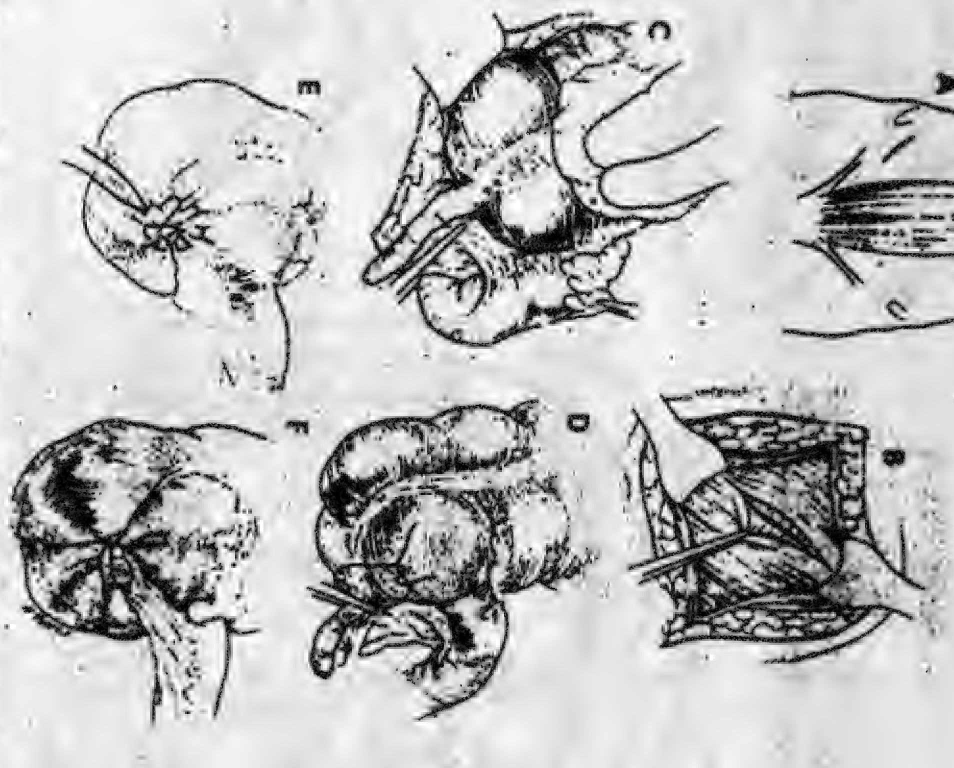
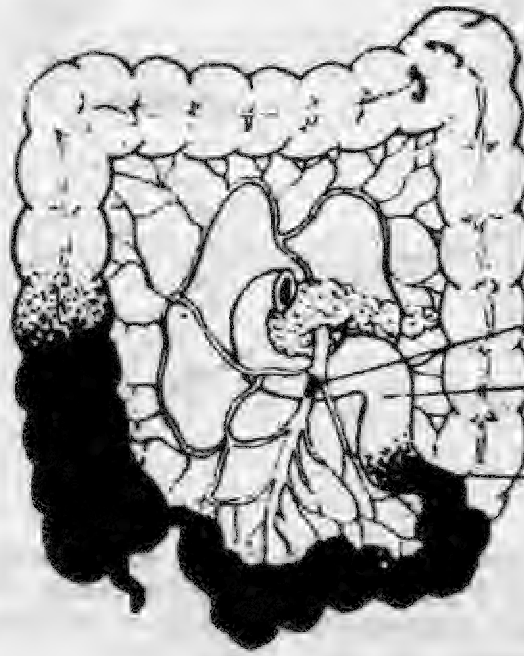
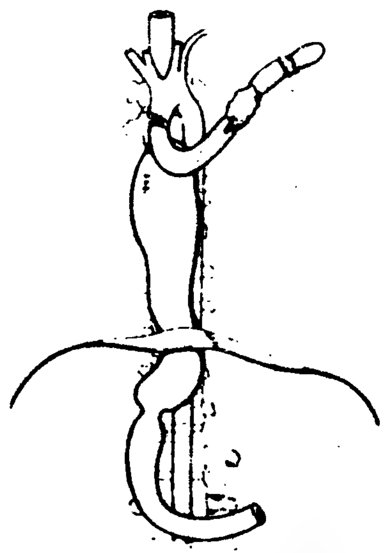


Fig. 22-8. Stages of appendectomy. A, McBurney incision. B, Approach to peritoneum. C, Clamp on mesoappendix. D, Clamp on base of appendix with suture around its base. E, Inversion of appendiceal stump with purse-string suture. F, Operation completed.



Embolus lodged in the main trunk of the superior mesenteric artery. Showing the widespread gangrene that results.



) Resection of the oesophagus for a growth in its middle third, utilising the mobilised stomach for restoring the continuity of the alimentary tract (semidiagrammatic).

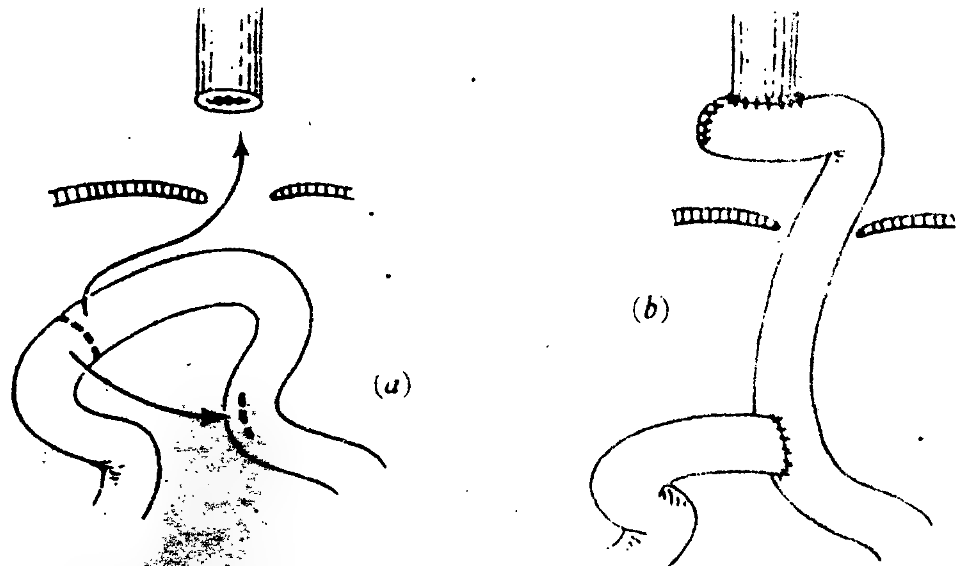


Fig. 12.40 Roux-en-Y anastomosis of the jejunum to the oesophagus to prevent reflux. (a) The jejunum is transected and (b) the proximal jejunum is anastomosed end-to-side to the distal end of the loop lower down.

زیاد بلند بود دیگرهم شدت می بخشد که در نتیجهء فشار زیاد جریان شریانی جدار اپندکس را مختل نموده باعث Ischemia جدار اپندکس و در مراحل پیشرفته یاعث انسداد جریان شریانی جدار اپندکس گردیده و سبب کانگرن اپندکس میشود و یا اینکه فشار مذکور سبب Rupture اپندکس میشود. ناگفته نماند که در Rupture اپندکس علاوه از فشار زیاد جوف اپندکس تقرحات غشای مخاطی اپندکس که، در مرحلهء التهاب تقیحی در غشای مخاطی پیدا میشود و بعضی ازین قرحه ها تا به طبقهء مصلی عمیق میشود نیز رول بزرگ دارد، هم چنان گانگرن اپندکس که اکثراً از سبب قطع شدن جریان شریانی جدار اپندکس پیدا میشود بعضاً بکتری ها نیز سبب گانگرن جدار اپندکس شده میتواند خصوصاً بکتری های Anaerobe.

عواملیکه سبب انسداد اپندکس میگردد قرار ذیل است.

1- سنگ های غایطی یا Fecaliths

2- خسته های میوجات، سبزیجات وغیره.

3- هیپر پلازی فولیکول های لمفاوی.

4- Adhesion یا التصاقات اپندکس با احشای مجاور آن

5- تومور های اپندکس.

6- پولیپ های اپندکس.

7- پارازیت ها

8- فشاریکه از خارج توسط احشای مجاور بالای اپندکس وارد

میشود.

اناتوموپتالوژی:-

فعلاً چنین نظر وجود دارد که التهاب ابتدا در نسج لمفاوی که در غشای مخاطی موجود است آغاز میگردد یعنی بعد از انسداد لومن اپندکس ابتدا Foliculitis پیدا میشود بعداً التهاب به دیگر طبقات جدار اپندکس انتقال میابد. از نظر تشریحی به دو مرحله مطالعه میگردد.

a- مطالعه آفت اپندکس:-

زمانیکه عامل مرضی در اپندکس به فعالیت شروع مینماید اولاً یک التهاب نزله وی یا Catarrahal inflamation بوجود می آید بعداً احتقان مذکور بطرف تقیح یا Suppuration و بعد بطرف تثقب یا Perfuration پیش میرود یعنی بعد از تولید تقیح تقرح و تثقب صورت گرفته و قیح در جوف بطن میریزد و سبب Peritonitis میگردد.

1- مرحله التهاب نزله وی یا Catarrhal:-

درین مرحله اپندکس سرخ و احتقانی بوده غشای مخاطی، عضلی و مصلی ضخامه وی میباشد. از نظر هستولوژی فولیکول های لمفاوی نیز سرخ و التهابی بوده و ارتشاح یا Infiltration حجرات التهابی دیده شده میتواند. انتاق توسط اوعیه لمفاوی بطرف بالا رفته و تا به تحت پریتوان میرسد و التهاب نسج حجروی تحت پریتوان را بوجود می آورد.

2- **مرحله تقرح و تثقب:**

التهاب نزله وی فوق به طرف تقیح میرود و ابتدا یك نقطه تقیحی در مرکز فولیکول بوجود آمده آهسته آهسته انتشار و وسعت مینماید و تمام جوف اپندکس را از قیح مملو میسازد که این حالت باعث فشار زیاد بالای جدار اپندکس گردیده و تقرحات در غشای مخاطی اپندکس پیدا میشود که بعضاً تقرحات مذکور عمیق رفته به طبقهء عضلی و مصلی میرسد و سبب تثقب میگردد. که بنام Perfurated Appendicitis یاد میگردد.

3- **مرحله گانگرن:-**

گانگرن یا از سبب Ischemia و یا توسط میکروب ها بوجود می آید در صورت که سبب گانگرن میکروب ها باشد عموماً مکروب an-aerobe مخصوصاً بسیل Perfrengance باعث گانگرن میگردد. اما عموماً سبب گانگرن Ischemia میباشد که Ischemia از سبب بلند رفتن فشار جوف اپندکس در اول باعث قطع دوران وریدی و بعد سبب قطع دوران شریانی اپندکس گردیده و اپندکس گانگرن میشود.

b- **مطالعه آفت محیط اپندکس:-**

انتان از اپندکس از طریق لمفاوی به پریتوان میرسد و یا اینکه اپندکس تثقب نموده و قیح داخل اپندکس در جوف پریتوان آزاد گردیده و سبب Peritonitis میشود. قبل ازینکه اپندکس تثقب کند یك اندازه مایع مصلی از طرف اپندکس التهابی در محیط آن ترشح مینماید که اندازهء این مایع و یا اینکه مایع مذکور به صورت موضعی باقی می

ماند و یا در تمام بطن منتشر میگردد به مقاومت شخص، ویرولانس میکروب ها وغیره ارتباط دارد در صورتیکه اپندکس، التهابی توسط سطوح پریتوانی چکم، عروه های مجاور و ثرب احاطه و محدود گردد یك کتله نسبتاً سخت را در حفره، حرقفی راست تشکیل میسازد که بنام Appendiculare Mass و یا Plastron Appendiculare یاد میگردد وقتیکه Appendiculare Mass تاسس کرد بدو طرف سیر نموده میتواند یکی آن که کتله آهسته آهسته رشف شده و خورد شده برود که درین صورت درد حساسیت و درجه حرارت نیز آهسته آهسته سقوط کرده و بالاخره از بین میرود و کتله نیز معدوم میشود و یا اینکه Plastron تقیح نموده Appendicular Abscess را میسازد درد حساسیت و تب بلند میرود. بعضاً ابسی مذکور Rupture نموده و سبب بریتونیت منتشر میگردد Appendicnlar mass و Appendicular abscess در حقیقت پریتونیت موضعی میباشد سیر ابسی یا خراج اپندکس در اشخاص فرق میکند در بعضی ها به سرعت حجم ابسی زیاد گردیده درجه حرارت، حساسیت و درد رو به افزایش میباشد و اگر درنیاژ نه گردد به زودی Ruptur نموده و پریتونیت عمومی را میسازد و در بعضی اشخاص دیگر سیر پیشرفت ابسی بسیار بطی وحتی در بعضی اشخاص آهسته آهسته حجم آن تناقص مینماید.

اعراض وعلایم سریری:-

1- درد:

. درد بطن یك عرض بسیار مهم Appendicitis میباشد این درد از سبب انسداد اپندکس بوجود می آید و اوصاف این درد با دردیکه در

انسداد امعا پیدا میشود یکسان میباشد. درد در شروع مرض متقطع و کولیکی میباشد مریض در بستر بسیار ناراحت و از یك پهلو به پهلوی دیگر دور میخورد و بعضاً قدم میزند درد در ابدا در ناحیه Periumbilical و ناحیه Epigastric پیدا میشود (زیرا اپندکس و هر دو ناحیهء فوق توسط عین اعصاب تعصیب میگردد) اما زمانیکه و تیرهء التهابی در جدار اپندکس پیش برود طبقه مصلی و پریتوان حشیوی را اشغال نماید وصف درد تغیر نموده و در ناحیهء اپندکس lo-calized میگردد که درین اثنا مریض کوشش میکند برعکس مرحله اول خود را در بستر آرام نگاه نماید خصوصاً پای راست خویش را شور نمیدهد هم چنان درد که در ابتدا به شکل کولیك و Cramp بوده حالا در ناحیهء اپندکس به صورت دوامدار یك درد تیز موجود میباشد زمانیکه اپندکس تثقب نماید چون فشار اپندکس از بین میرود برای یك مدتی مریض آرامی احساس نموده و درد معدوم میشود لاکن بعداً حینکه پریتونیت تاسس نمود دوباره درد اول در حفرهء حرقفی راست و بعد در تمام بطن پیدا میشود.

درد موضعی اپندکس تا اندازهء زیاد به موقعیت اپندکس ارتباط دارد مثلاً اگر اپندکس در موقعیت نورمال خود قرار داشته باشد درد در حفرهء حرقفی راست و خاصتاً در M.C. Borney موجود میباشد و اگر اپندکس در خلف پریتوان قرار داشته باشد درد زیاده تر در پهلوی راست مریض موجود بوده و اکثراً با آفات طرق بولی مغالطه میشود و اگر اپندکس در حوصله قرار داشته باشد درد زیاد تر در ناحیه Hypogastric موجود میباشد. هم چنان امکان دارد اپندکس

التهابی با مثانه، رکتوم و یا اعضای تناسلی زنانه در تماس باشد که درین صورت حرکت اعضای مذکور باعث تولید درد در ناحیه Suprapubic میگردد که درین صورت با التهابات مثانه و اعضای تناسلی زنانه مغالطه میشود.

2- استفراغ:-

بی اشتهائی و استفراغ از جمله اعراض بسیار وصفی و ثابت اپندیسیت میباشد که چند ساعت بعد از حلمهء مرض آغاز میگردد و بعضاً تنها دلبدی موجود میباشد. استفراغات بعضاً مواد غایط را نیز احتوا مینماید.

3- قبضیت:

در اپندیسیت بعضاً قبضیت نیز موجود میباشد اما این عرض آنقدر ثابت نیست خصوصاً در اطفال که عوض قبضیت اسهال موجود میباشد هم چنان در حالاتیکه اپندکس با رکتوم در تماس باشد رکتوم تخریش گردیده و باعث اسهال میگردد.

4- درجه‌حرارت:

مریضانیکه به اپندکس مصاب شده اند درجه حرارت آن بلند میرود لاکن در حالاتیکه اپندکس سبب اختلاط شده باشد درجه حرارت فوق العاده بلند میرود. زبان مریض اکثراً بار دار میباشد Hypersthesia یا فرط حساسیت جلد ناحیه حفرهء حرقفی راست اکثراً در شروع مرض موجود میباشد چنانچه اگر جلد ناحیه ماؤف با دو انگشت بالاکش گردد نسبت به جلد دیگر قسمت حساس و دردناک میباشد.

معاینات‌فزیکی:-

جس:-

با جس حفره‌ء حرقفی راست حساس بوده بعضاً Gardness و بعضاً Rigidity موجود میباشد هم چنان از سبب تخریش پریتوان Rebound tenderness موجود میباشد (اگر دست بالای بطن گذاشته شده و دفعتاً بالا کرده شود در حفره‌ء حرقفی درد پیدا میشود) بعضاً در حفره‌ء حرقفی یك کتله جس شده میتواند در بعضی حالات که چکم و اپندکس در طرف چپ قرار داشته باشد اعراض و علایم فوق در حفره‌ء حرقفی چپ موجود میباشد هم چنان در صورتیکه اپندکس در موقعیت های حوصـله Retrocecal و یا Retroperitoneal موجود باشد اعراض و علایم فزیکی نظر به موقعیت اپندکس فرق میکند. در صورتیکه اپندکس Ruptur نموده باشد تمام بطن حساس و دردناك بوده عضلات جدار بطن متشنج (Spastic) و متوتر میباشد Rigidity موجود و حرکات استداری امعا متناقص و یا معدوم و بطن متوسع میباشد در معاینه‌ء مقعدی با انگشت در صورتیکه Appendicular abscess موجود باشد. جوف Dauglas حساس و دردناك میباشد هم چنان علامه Refer tenderness موجود میباشد. (اگر بالای جدار بطن در طرف چپ فشار وارد گردد درد در ناحیه ماؤفه یعنی حفره‌ء حرقفی راست پیدا میشود) و اگر بالای کولون نازل فشار وارد شود و یا قبرغه‌ء راست مریض بسط شود درد شدید در حفره‌ء حرقفی راست پیدا میشود که بنام علامه Rovsing signe یاد میگردد.

معاینات لابراتواری:

یعنی مریض فستول غایطی دارد. در این قسم مریضان اکثراً دیگر سوئی اشکال ولادی قسمت سفلی جهاز هضمی نیز موجود میباشد. مثلاً "imperforated Anus" تضیقات وغیره. از اینرو قبل از اینکه فستول غایطی فوق تداوی گردد باید ابتدا قسمت سفلی قنات هضمی اگر مسدود باشد باز گردد در غیر آن حیات مریض بمرگ محکوم میگردد.

اختلاطات:

بعضاً امعا داخل قنات تغلف نموده و سبب انسداد می گردد. همچنان بعضاً غشای مخاطی قنات از سره آهسته آهسته بیرون شده و پرولپس را بوجود میآورد.

تداوی:

بعد ازاینکه از باز بودن قنات هضمی اطمینان حاصل گردد توسط یك عملیه جراحی تمام قنات آزاد، قطع و دور می گردد.

Urachal Anomalies -3

اوراکوس از قبهء مثانه تا به سره امتداد داشته و قبهء مثانه را به Allantois وصل می کند. در حالات عادی و نورمال قنات اوراکوس در زمان نشونمای حیات داخل رحمی توسط نسج لیفی اشغال وبسته می شود و به یك بندل لیفی مبدل میگردد. لاکن بعضاً در وقت بسته شدن این قنات از سبب خطای نشونمای حیات رشیمی سوئی اشکال مختلف بوجود میآید که قرار آتی شرح می شود:

1- معاینه خون:

در معاینه خون poly morph nuclear leukocytosis موجود میباشد.

2- معاینه ادرار:

در حالات مشکوک رول دارد زیرا توسط معاینهء ادرار اکثراً اعراض طرق بولی رد یا تائید شده میتواند.

3- معاینات رادیولوژیک:

در تشخیص اپندیسیت کدام رول ندارد اما برای تشخیص تفریقی اپندیسیت با دیگر امراض رول دارد خصوصاً در اطفال کوچك Pneumonia قاعدهء ریهء راست بسیار زیاد همرای اپندیست مغالطه میشود هم چنان Closed loop obstraction توسط معاینات رادیولوژیك از اپندیسیت تفریق شده میتواند.

تشخیص تفریقی:-

در تشخیص تفریقی باید امراض ذیل درنظر گرفته شود.

Acute salphangitis, Gastroenteritis, Mesentericadenitis, Intussuception, Acute diverticulitis, Regional enteritis, Endometriosis, Ectopic pregnancy, Grafian Follicol Acute glumerolo nephritis, Cholecystitis سنگ های حالب طرف راست. Rupture انوریزم، سنگ های طرق صفراوی myocardial infarction, تدورکیست مبیض، نمونیای فص سفلی ریه راست، تثقب قرحه های معده و اثناعشر، پریتونیت موضعی، ابسی عضلهء پسوس طرف راست، Hydronephrosis,

و بالاخره در اطفال همرای پور پورا باید Closed loop obstraction تفریق گردد.

تداوی:- برای اپندیسیت حاد چار مرحله تعین گردیده.

1- اپندیسیت حاد.

2- اپندیست حاد همرای پریتونیت موضعی

3- اپندیسیت حاد همرای Appendicular abscess

4- اپندیست حاد همرای پریتونیت عمومی.

ازینرو تداوی جراحی اپندیست نظربه اینکه در کدام Stage قرار دارد تا یك اندازه فرق میکند. به صورت عموم اکثریت جراحان به این عقیده اند که باید در Stage اول و دوم مداخله جراحی صورت بگیرد و اپندیسیت عملیات شود.

در مرحله سوم یعنی زمانیکه Appendicular abscess تشکل کرده باشد بعضی جراحان طرفدار عملیات و بعضی دیگر طرفدار تداوی محافظه وی میباشد مگر باید گفته شود که درین مرحله عملیات و تداوی محافظوی به وضع ابسی و حالت عمومی مریض ارتباط دارد. در اطفال کوچك، زنهای حامله و اشخاص مسن که تشخیص مشکوك باشد عملیات ترجیع داده میشود. و درحالاتیکه وضع مریض، حجم ابسی، درجه حرارت و اعراض رو به بهبودی باشد باید مریض عملیات نه شده و تحت مراقبت بسیار شدید و جدی قرار داده شود.

در صورتیکه Appendicular Mass موجود باشد اکثر جراحان تداوی محافظه وی را توصیه میکند که درین صورت هم مریض تحت

مراقبت جدید گرفته شده در صورتیکه حجم کتله کوچك شده برود اعراض و علایم تنقیص یابد و حالت عمومی مریض بهتر گردد ضروت به عملیات نیست امکان دارد کتلهء مذکور آهسته آهسته معدوم گردد و اگر دیده شود حجم کتله رو به افزایش است اعراض شدت پیدا مینماید خطر این موجود است که Appendicular Mass به Appendicular abscess مبدل گردد و بعد در اثر Rupture پریتونیت وخیم و کشنده بدهد که درین صورت باید قبل ازینکه کتله تقیح نماید و یا ابسی Rupture نماید مداخلهء جراحی صورت بگیرد. شکل (۱۰)

یك مریض که Appindicular Abscess دارد و تحت تداوی محافظ وی گرفته شده باشد باید چار نقط آتی در نظر گرفته شود.

۱- باید موقعیت و حجم ابسی به صورت دقیق معلوم وروی جدار بطن حدود آن رسم گردد. در صورت که حجم ابسی روبه تزاید و اعراض شدت مینماید باید مداخله جراحی صورت بگیرد.

۲- باید وضعیت عمومی مریض، فشارخون، نبض، تنفس و درجه حرارت به صورت منظم تعین شود در صورتیکه اعراض و علایم فوق روبه و خامت و پیشرفت باشد مداخلهء جراحی صورت بگیرد.

۳- باید معاینهء خون به صورت مسلسل و منظم اجرا و اندازهء لوکو سیتوز تعین گردد. در صورت که تعداد کریوات سفید روبه افزایش و خصوصاً وقتیکه تعداد آن به ۲۰ یا ۲۵ هزار برسد باید مداخله جراحی صورت بگیرد

٤- باید مریض تحت مراقبت شدید گرفته شود زمانیکه اعراض

پریتونیت عمومی ویا Rupture ابسی مشاهده شود باید فوراً مداخله جراحی صورت بگیرد و در عملیات جراحی نقاط ذیل در نظر گرفته شود.

a : دریناژ یا Drainage :

در صورتیکه شرایط عملیات و یا وضع مریض خوب نباشد باید ابسی مذکور فقط مثل ابسی های ساده دیگر دریناژ گردد و بس.

b: در صورت که شرایط مساعد باشد بعد از دریناژ ابسی Appendectomy نیز اجرا میگردد. در مرحله چارم یا Stage چارم یعنی در صورتیکه با اپندیست پریتونیت عمومی موجود باشد یگانه تداوی مداخله جراحی است که بعد از پاك کردن جوف بطن از چرك مواد غایط و مایعات باید حتماً اپندکس در یافت گردیده و Appendectomy اجرا گردد. یعنی Appendectomy حتمی است در غیر آن به حیث یك منبع انتان به صورت دوامدار انتان داخل جوف پریتوان خواهد گردید

اختلاطات:

۱: پیدا شدن انتان در ساحه عملیات که اکثراً از بی پروائی جراح میکروب ها توسط گازمنتن، سامان منتن وغیره به قسمت های پاك برسد و سبب بوجود آمدن انتان میگردد.

۲: تشکل ابسی های جوف بطن مثلاً ابسی های تحت حجاب حاجز ابسی جوف Duaglus و ابسی های Colic gatter

۳: پیدا شدن فستول چکم درتشکل فستول چکم فکتور های ذیل دخیل است

a :باقیماندن گاز در ناحیهء عملیات خصوصاً بالای چکم.

b : در صورت کی کارسینومای چکم موجود باشد.

d: در صورت که قاعده اپندکس به صورت درست بسته و گره نشده باشد.

انسداد معائی

Intestinal obstraction

زمانیکه ترانزیت گازات و مواد غایطه در امعا متوقف گردد بنام انسداد معائی یا میگردد انسداد به صورت عمومی دو نوع است یکی انسداد میخاینکی و دیگر انسداد وظیفوی یا انسداد فلجی.

A:انسدادمیخانیکی:

اگر لومن امعاء به صورت میخانیکی مسدود و مانع ترانزیت گاز و مواد غایطه شود بنام انسداد میخانیکی یاد میگردد. این نوع انسداد ها هم دو قسم است یکی Obstruction یا بندش و دوم Strangu lation یا اختناق.

۱ : انسدادیکه از سبب Obstraction پیدا میشود :

این نوع انسداد ها یا از سبب بندش لومن امعا بوجود می آید مثلاً بند شدن یك سنگ صفراوی در امعاء بندشدن توسط یك کتله تاب خورده، پارازیت های معائی و یا بندشدن لومن امعا توسط کتلهء مواد غایطه خشك شده و یا بندشدن امعا توسط Bizor وغیره یا اینکه انسداد از سبب آفات جدار امعا بوجود می آید مثلاً تومور های سلیم جدار امعاء تومورهای خبیث جدار امعاء فبروز و ضخامه

جدار امعاء وغیره، ویا اینکه لومن و جدار امعا سالم بوده ترانزیت معائی از سبب فشاریکه بالای امعاء از بیرون وارد میشود مسدود میگردد مثلاً کیست های مجاور امعاء تومورهای خبیث در مجاورت امعاء تومورهای سلیم در نزدیکی امعاء التصاقات و حبل های لیفی که بالای جدار امعا سبب فشارو بندش میگردد.

۲: انسداد های که از سبب Strangulation بوجود می آید:

درین قسم انسداد ها یك قسمت امعا دچار اختناق میشود که در نتیجه آن تخلیه گازات و مواد غایط صورت گرفته نمیتواند. این نوع انسداد ها به صورت ذیل بوجود می آید.

a: Intussuception یا invagination :

عبارت از داخل شدن یك عروه ئی معائی بداخل دیگر عروهء معائی میباشد که درین صورت عروه معائی که داخل عروهء دیگر میشود دچار اختناق میگردد این قسم انسداد ها زیاده تر در اطفال دیده میشود به نسبت که حرکات استداری امعاء در اطفال بسیار زیاد میباشد.

b:Valvulus:

اگر امعاء بدور محور مساریقی خود تدور نماید بنام Valvulus یاد میگردد این تدور شده میتواند در امعای رقیقه صورت بگیرد و یا در امعای غلیظ، هم چنان تدور شده میتواند تام باشد.یا قسمی یعني اندازه تدور در اشخاص مختلف به درجه هاي مختلف بوجود آمده و ترانزیت گازات و مواد غایط در امعا متوقف میگردد و از

سوئی دیگر اوعیه مساریقه تحت فشار آمده به عروه معائی خون نمی رسد که در حالات تدور شدید اروای امعاء کاملاً قطع گردیده و عروه گانگرن میگردد.

C : اختناق داخلی:

بعضاً عروات معائی بداخل فوحه های طبعی وکسبی داخل شده و تحت فشار می آید که در نتیجه به اوعیهء مساریقهء عروات مذکور خون کافی نمی رسد و دچار اختناق میگردد هم چنان Bride های که بعد از عملیات ها، ترضیضات والتهابات بوجود می آید سبب فشار بالای مساریقه گردیده و باعث اختناق میشود. هم چنان عروات معائی داخل فوحهء فتقیه در فتق های مختلف مثل فخذی، مقبنی، سروی وغیره تحت فشار آمده و سبب اختناق میشود در حالاتیکه امعا دچار اختناق گردد البته در مرحله اول Isehcmia بوجود می آید امّا در حالاتیکه اروا به صورت تام قطع گردد باعث gangren امعا میگردد.

B: انسداد های وظیفه وی یا فلجی:

چون میدانیم تحرکیت امعاء توسط اعصاب Sympathic و Para-sympathic تنظیم میگردد تنبه عصب Sympathic باعث فلج امعا و تنبه عصب Parasympathic باعث حرکات امعا میگردد.

سیستم عصبی که سبب تحرکیت امعا میگردد اگر از سبب التهابات ترضیضات، Anoxia-Ischemia و یا Toxemia، آفات

نخاعی، ترضیضات نخاعی وغیره از فعالیت باز مانده تحرکیت امعا صورت نگرفته و باعث انسداد فلجی امعاء میگردد. که بنام انسداد وظیفه وی یاد میشود.

اناتومو پتالوژی:

مریضیکه مصاب انسداد است اگر بطن وی باز گردد در جوف بطن یك مایع مصلی خوندار یاSero Songlant دیده میشود. عروه معائی که بالاتر از ساحهء انسداد قرار دارد بسیار توسع کرده رنگ آن سرخ بنفشه ئی و جدار آن ازیمائی و احتقانی میباشد. جدار امعا در حذای مانعه یا بندش رنگ سیاه مایل داشته غیر متحرك و متمایل به نکروز میباشد و در بضی قسمت های آن امکان دارد تخریبات موجود باشد.

عروه امعا که پائین تر از ساحهء بندش اقرار دارد متحرك و رنگ طبعی دارد. Collaps

لوحه یك انسداد پیشرفته:

هر قدر که بالای انسداد وقت زیاد میگذرد به همان اندازه امعاء توسع کرده جدار آن تحت فشار قرار میگرد که در نتیجهء آن قدرت نفوزیه کپیلری ها زیاد شده، و مقدار زیاد مایعات، الکترولیت ها پلازما پروتین ها وحتی کریوات سرخ و سفید خون از سیستم دوران خارج و در جوف پریتوان، جوف امعاء و جدار امعا تجمع نموده و مریض د چار Hypovolemia میگردد از طرف دیگر میکروب ها به صورت Migration از جوف امعا داخل جوف پریتوان گردیده باعث

پریتونیت عمومی میشود. که درین اثنا اعراض Peritonitis از قبیل دلبدی، استفراق، شخی عضلات جدار بطن، توسع بطن، عدم موجودیت ترانزیت معائی بوجود می آید و از سبب Hypovolemia شدید فشار سقوط کرده نبض سریع و خطی، تنفس سریع و سطحی tachycardin، تناقص Cardiac output، Oliguria سردی و خسافت نهایات وجود موجود بوده حالت عمومی مریض فوق العاده خراب میباشد.

فزیوپتالوژی انسداد:

:Peristalsis

قسمت امعا که بالاتر از ناحیه انسداد واقع است به صورت فزیولوژیك حرکات استداری آن تشدید میشود تامانعه را بر طرف سازد (Hyper peristalsis) که این شدت حرکات peristalsis برای 24 ساعت تا چند روز دوام مینماید اگر انسداد رفع نگردد از سبب توسع زیاد امعا حرکات Peristalsis کاهش نموده و بالاخره معدوم میشود و امعای قسمت بالاتر از انسداد فلج میگردد و Flaccid Paralized بوجود می آید که یك نوع فلج نرم میباشد. اما امعای که پائین تر از انسداد قرار دارد حرکات پرستالتیك آن نورمال بوده و وظیفهء امتصاص را هم اجرا نموده میتواند. که این پروسه تا 2-3 ساعت دوام میکند و زمانیکه محتوی آن توسط حرکات Peristalsis دور گردید Collaps نموده

وغیر متحرك میگردد ورنگ آن خاسف میشود.

:Distention

distention در انسداد از سبب تجمع گازات و مایعات در جوف امعا و جوف پریتوان بوجود می آید

a:گازات:

این گازات مشتمل است 18% گازات بلع شده22% گازات که از خون به شکل Diffusion داخل جوف امعا میشود و 10% گازات که در اثر فعالیت بکتری ها در جوف امعاء بوجود می آیدCO_2 و O_2 داخل جریان خون جذب میگردد. و مخلوط گازات که در جوف امعا باقی می ماند 95% نایتروجن ، H و H_2S میباشد.

b:مایعات:

این مایعات مشتمل است از افرازت معده، اثناعشر طرق صفراوی و طرق پانقراص که به صورت مجموع تمام افرازات فوق در 24 ساعت تقریباً از 7000 تا8000 میشود علاوتاً افرازات لعاب دهن نیز موجود است که با افرازت فوق یکجا میگردد.

ضیاع آب والکترولیت ها:

در مریضان مصابین به انسداد امعا جذب مایعات توسط امعا در قسمت های بالا تر از ناحیهء مسدوده متوقف میگردد در حالیکه افراغ مایعات ادامه دارد در نتیجه مایعات والکترولیت ها در جدار امعا و جوف پریتوان تجمع نموده و کتله دموی سقوط میکنداز طرف دیگر یك مقدار زیات مایعات والکترولیت ها توسط استفراق از

الف-Umbilical Urinary Fistula

بنام Completely patent urachus نیز یاد میگردد. در صورتیکه قنات اوراکوس در تمام امتداد خود بسته نشود و باز بماند. قبهء مثانه توسط این قنات باز به سره مریض ارتباط یافته در نتیجه ادرار مثانه از طریق این قنات باز به سره رسیده و از طریق سره خارج میگردد یعنیUrinary Fistul بوجود میآید که بنام Umbilical Urinary Fistula یاد میگردد. در اینجا نیز اکثراً مریض سوئی شکل ولادی قسمت سفلی قنات بولی میداشته باشد که باید قبل از تداوی فستول تثبیت و تداوی گردد.

تداوی:

بعد از اینکه از باز بودن قنات بولی. به صورت مطلق اطمینان حاصل شد توسط یک عملیهء جراحی تمام قنات آزاد،قطع میگردد.

ب- Umbilical urachal sinus :

در صورتیکه Urachus در تمام امتداد خود بسته شود صرف در حذای سره به اندازه ۰,۵ تا ۲ سانتی متر باز بماند بنام Umbilical urachal sinus یاد میگردد.

از نظر سریری تا زمانیکه سینوس منتن نگردد هیچنوع اعراض و علایم بمشاهده نمیرسد. صرف یک اندازه افرازات ابگین از سینوس اخراج میشود که ادرار را احتوأ نمی کند. اما در صورت که سینوس منتن شده باشد تمام اعراض و علایم التهاب از قبیل درد، پندیدگي،

وجود خارج میشود. اگر انسداد در قسمت های علوی امعا باشد استفراقات شدید و زود شروع میشود و در انسداد قسمت های سفلی امعا استفراقات دیر تر پیدا میشود.

:intestinal toxin

در اثنای انسداد خصوصاً در انسداد های اختناقی مقدار زیاد toxin داخل جوف پریتوان میشوند و از انجا توسط سطوح پریتوانی جذب و داخل دوران خون میشود هم چنان زمانیکه انسداد رفع گردد toxin های جوف امعاء نیز از طرف امعا امتصاص گردیده و داخل دوران میگردد که سبب toximia حتی مرگ مریض میشود فکر میشود این مواد توکسیک Endotoxin بسیل های گرام منفی بوده باشد ازین رو وقتیکه بطن باز میگردد از همه اولتر باید Decompration امعا صورت گرفته و تمام مایعات جوف امعا و جوف پریتوان را که حاوی توکسین ها اند بیرون کشیده شود و از طرف دیگر به مقابل اورگانیزم های گرام منفی انتی بیوتیک به صورت وقایوی داده شود.

:Strangulation

اختناق وقتی بوجود میآید که اروای مساریقه به عروه معائی قطع گردد که این حالت وقتی رخ میدهد که عامل انسداد بالای مساریقه امعا فشار آورده باشد مثلاً وقتیکه امعا تدور کند یا امعا در کدام فوحه، طبعی و کسبی داخل و مساریقه آن در آنجا تحت فشار قرار گیرد و یا اینکه کدام حبل لیفی بالای مساریقه فشار وارد کند جریان خون مساریقه به امعا تناقص نموده بعضاً سبب Ischemia وبعضاً

سبب gangren میشود. در اکثر حالات در ابتدا Ischemia پیدا میشود بعداً زمانیکه رکودت ورید در اثر فشار مذکور تولید گردید ازیك سو سبب ازیمای جدار امعا و از سوئی دیگر سبب توسع زیاد امعا شده و در نتیجه فشار به حدی بالا میرود که جریان شریانی را هم قطع و باعث گانگرن امعا میشود که درین وقت درغشای مخاطی قرحه های متعدد بوجود آمده و سبب خون ریزی میشود. که اندازه خون ضایع شده مربوط به اندازه امعای گانگرن شده میباشد.

:Trans migration of Bacteria and toxin

زمانیکه جدار امعا حیاتیت خود را از دست بدهد و یا در حالات که امعاء بسیار زیاد توسع کرده و جدار آن تحت فشار زیاد قرار گرفته باشد باوجود اینکه حیاتیت دارد مقدار زیاد بکتری وتوکسین ها در جوف پریتوان امتصاص و داخل دوران خون میگردد. و سبب پریتونیت میشود همچنان یك مقدار این پروتین ها از طرف پریتوان امتصاص و داخل دوران خون میگردد.

مطالعه‌سریری:-

چار عرض عمده در انسداد مشاهد میشود.

۱ :Abdominal pain:

اولین عرض انسداد بوده که دارای اوصاف ذیل میباشد .بدون اعراض مخبره شروع میشود وصف ان کولیکی (Colic) بوده که به تدریج شدت کسب مینماید. و بالاخره به اوج خود میرسد. بعداً آهسته آهسته از شدت آن کاسته میشود در بین دو پیریود فوق مریض کاملاً بی درد میباشد که دوام این دو صفحه در امعای رقیقه بین 3-5 دقیقه و در امعای غلیظ بین 6-10 دقیقه

میباشد. موقعیت درد در انسداد امعای رقیقه معمولاً در وسط بطن و در انسداد های امعای غلیظ در نواحی Flank و در 1/3 سفلی بطن میباشد.

2: Vomiting:

استفراقات متکرر بوده اگر انسداد قسمت های علوی باشد به صورت مقدم شروع میگردد و اگر انسداد در قسمت های نهائی باشد استفراقات مؤخر شروع میشود اگر انسداد در Jejunum باشد با اولین حمله درد استفراق شروع می شود و با هر حمله درد استفراق تکرار میگردد و اگر انسداد در ایلیوم باشد امکان دارد یك بار مریض استفراق نماید و بعد تاچند ساعت حملات درد بدون استفراق میباشد. استفراقات در ابتدا غذائی بوده و بعد با پیشرفت انسداد طبیعت آن تغیر میکند آهسته آهسته Mucoid و بعد صفراوی که دارای رنگ زرد سبز میباشد بالاخره رنگ مواد استفراق نصواری گشته و بوی بد دارد (feculent) که البته زیاد تر در انسداد های قسمت سفلی امعای رقیقه و چکم دیده میشود.

:Distention

هر قدر انسداد در قسمت های علوی باشد به همان اندازه توسع بطن کمتر میباشد (خصوصاً در صورتیکه نزد مریض استفراق موجود باشد) وبه هر اندازه که ناحیه، انسداد در قسمت های سفلی قرار داشته باشد به همان اندازه توسع بطن شدید میباشد.

به صورت عموم در انسداد امعای رقیقه در ابتدا توسع کمتر میباشد و در انسداد های کولون چپ توسع بطن بوجود آمده اما قسمت iliocecal درست وظیفه اجرا میکند توسع مذکور به امعای

رقیقه انتشار نمی کند. در انسداد چکم توسع بسیار شدید بوده و یك نوع عدم تناظر در بطن بوجود می آید. در مریضان انسداد در شروع مرض فعالیت استداری امعا بیشتر و شدید تر شده تا اگر بتواند مانعه را از بین ببرد از اینرو ازروی سطح جلد بطن سیروحرکات پرستالتیك به خوبی دیده شده میتواند هم چنان Borborygmi بسیار شدید میباشد که حتی بدون ستاتسکوپ شنیده شده میتواند لاکن بعداً حینیکه امعا توسع نماید Atonic گردیده و حرکات استداری تناقص وبعداً بلکل معدوم میگردد.

absolute constipation:

زمانیکه انسداد به صورت مکمل واقع شود و محتوی امعا پائین تر از انسداد کاملاً تخلیه گردد تخلیه گازات و مواد غایطه به صورت تام از بین میرود.

(No flatus و No defacation) یعنی مریض به صورت تام قبضیت میباشد.در انسداد قسمت علوی امعا اولین عرض درد و استفراق میباشد بعداً distention و عرض آخری قبضیت تام میباشد در حالیکه در انسداد های کولون چپ اولین عرض قبضیت تام بوده که بعداً distention پیدا میشود و آخرین عرض استفراقات میباشد.

dehydration:-

چون مایعات وجود از یك سو توسط استفراقات ضایع میشود و از سوی دیگر افرازات معده اثنا عشر طرق صفراوی و پانقراس همه در جوف امعا وجوف بطن نسبت عدم امتصاص تجمع مینماید بناً مریض آب عضویت خویش را از دست داده و dehydration بوجود می آید جلد مریض خشك (dryskin) = dry

tongue (زبـان خشـك) و sunkeneye (چشـم ها فرو رفته) میـباشد.

معاینات متممه:

در مریضان مصاب انسداد معاینات متممه ذیل باید اجرا گردد.

۱: Vaginal examination

2: Rectal examination (touch Rectal)

3: جس کردن تمام فوحات فتقیه به دقت تام.

۱: رادیوگرافی بطن در صورت انسداد امعا خصوصاً انسداد امعای رقیقه خیالات Hydro airque به صورت واضح قابل مشاهده میباشد.

تشخیص:-

از روی تاریخـچه، اعـراض، عـلایـم و معـانیات رادیولوژیك وضع شده میتواند.

تداوي:- یگانه تداوی انسداد عملیات جراحی است که بعد از تشخیص باید فوراً مریض برای عملیات اماده گردیده و عملیات شود در اماده کردن مریض نقاط ذیل در نظر گرفته شود.

۱- مایعات والکترولیت های مریض تنظیم گردد.

۲- برای مریض Nasogastric Tubc تطبیق شود.

۳- تطبیق Rectal tube

٤-تطبق کتیتر مثانی جهت تعین نمودن Urine output

٥- تطبیق اوکسیجن (Oxygenation)

٦- Antibiotic Therapy

مقصد از تداوی جراحی دو باره بر قرار کردن ترانزیت معاتی

میباشد در صورت که امعا گانگرن شده باشد قسمت گانگرن شده برداشته میشود و بعد نهایات مقطوعه نظر به موقعیت امعاء وحالت عمومی مریض دوباره انستوموز شده و یا از جوف بطن بیرون کشیده میشو:.

Acute intussuception : عبارت از داخل شدن یك عروه در داخل عروه مجاور خود که عموماً عروه Proximal در عروه مجاور distal خویش داخل میگردد.

اتیولوژی:- در یك فیصدی بسیار کم سبب معلوم میباشد مثلاً موجودیت Polypos - lipoma، Carcinoma و التهابات صفیحات پایرویا (Peyer's paches Inflamation) در مورد تغلف اطفال شیر خوار نکات ذیل قبول گردیده است.

۱: تغلف idiopathic که 50% در قسمت های آخر امعای رقیقه دیده میشود.

۲: تغیر در تغذی طفل (مثلاً اطفالیکه عوض شیر مادر به شیر مصنوعی تغذی میشود)

۳: تغلف idiopathic بیشتر در ما های ششم و نهم دیده میشوند)

٤: موجودیت تعداد زیاد پلك های پایر در ایلیوم نهائی

پتالوژي:

تفلف شامل سه قسمت است

a: عروه داخل شونده یا تیوب داخلي

Interning tube or inner tube

b: تیوب متوسط یا برگشت کننده

(the reterning or middle tube)

c: تیوب خارجی و یا شیت تغلف

(the sheath or outer tube)

عنق تغلف محل اتصال کتله (هر دو عروه) و تیوب داخلی میباشد. قسمت پیشرفت کننده بنام زروهء تغلف یاد میگردد.

انواع تغلف:

تغلف شده میتواند Multipl, Colo colic, ilio colic, و ilio ileal باشد

منظرهء سریری در نزد شیر خواران:

مریض عموماً یك طفل صحت مند بوده و سن آن بین ٦-٩ ماه میباشد شروع آفت آنی بوده طفل درد بطن اشتداری داشته پاهای خود را بالای بطن قبض میکند و بسیار فریاد میکشد درد های پیریودیك با گذشت زمان شدیدتر گردیده و زمان پیریود آن درازتر میشوددر فاصلهء دو حمله طفل بی حال معلوم میشود مواد غایطهء طفل در ابتدا نورمال بوده بعداً خوندار میگردد. که مخاط را نیز احتوا میکند. استفراغات موجود بوده و بطن متوسع میباشد. بعضاً با جس یك کتله در بطن قابل جس میباشد. اگر تداوی اجرا نگردد

درد دوام نموده بعد از ۲۴-۳۶ ساعت بطن متوسع شده و استفراقات زیاد میگردد مریض از سبب پریتونیت که بعد از گانگرن عروه بوجود میآید فوت میگردد. بعضاً تغلف به صورت بنفسهی ارجاع گردیده و تمام اعراض از بین میرود.

میتود های تداوي:

۱: ارجاع توسط فشار هایدروستاتیك:- در شروع آفت میتوانیم از فشار آب برای ارجاع استفاده نمائیم که برای این مطلب تیوب اماله به بسیار آحتیاط داخل شده و مایع ذریعه این تیوب داخل رکتم گردیده بعد از خارج شدن تیوب مایع که خارج میشود در دفعهء اول خوندار میباشد و اگر انسداد رفع شده باشد همرای آب گازات و مواد غایطه خارج میگردد اعراض سریری تناقص نموده و توسع بطن کم میشود، این عملیه را دو سه مرتبه نیز تکرار کرده میتوانیم اگر امعا ارجاع نگردید باید عملیات جراحی اجرا گردد امروز اکثر جراحان به این عقیده اند که یگانه تداوی درست عملیات جراحی است در شکل ارجاع هیدروستاتیك از یك سو اطمینان درست به دست نمیآید و از سوی دیگر اگر امعا گانگرن شده باشد چیزی فهمیده نمیشود.

۲: ارجاع بوسیله عملیه جراحي:

بعداز آماده کردن مریض بطن باز گردیده و تغلف تحت نظر مستقیم ارجاع و بعد جدار بطن دوباره بسته میشود.

:Volvulus

اگر امعا بدور محور مصاریقه تدور نماید بنام volvulus یاد میگردد.

-:Volvulus of small intestin امعای رقیق یا Volvulus:a

زیاد تر در قسمت های سفلی ایلیوم از سبب التصاقات که بعد از عملیات ها و التهابات بوجود آمده باشد پیدا میشود خوردن مقدار زیاد سبزیجات وجواری عامل مساعد کننده شمرده شده میتواند.

:Volvulus of the cecum

تدور چکم عمومیت زیاد دارد اگر رادیوگرافی اخذ گردد مقدار زیاد گازات در چکم دیده میشود. در ابتدا که انسداد مطلق نباشد با اماله گازات و مواد غایطه خارج شده میتواند که مانع زیاد distention میشود.

تداوی جراحي:

در مراحل ابتدای میتوان عروه را ارجاع نمود و بعضاً قبل از ارجاع لازم دیده میشود که چکم توسط سوزن تخلیه گردد بعد از ارجاع cecostomy اجرا میگردد که هدف از آن دو چیز است یکی جلوگیری از distention و دوم اینکه چکم به جدار بطن تثبیت میشود و ازتغلف دو باره جلوگیری میشود. اگر چکم گانگرن شده باشد Right Hemicolec tomy اجرا میگردد.

:Volvulus of the pelvic colon یا sigmoid volvulus

اتیولوژی آن نا معلوم بوده اما یك تعداد عوامل رول دارد. مثل دراز بودن ولادی یا کسبی میزو کولون و التصاقات که بعد از عملیات ها، ترضیضات و یا انتانات پیدا میشود تدور کولون در اکثر حالات خلاف عقربهء ساعت میباشد (Anticlock wise di-rection) در صورت که سگموئید به اندازه یك ونیم دور بخورد سبب

قطع جریان وریدی گردیده و سبب رکودت وریدی میشود و اگر تدور از یك ونیم زیاد شود جریان شریانی قطع گردیده و سبب گانگرن میشود.

اعراض و علایم:-

درد یك عرض مهم و ثابت مرض است که بعداً آهسته آهسته بطن توسع مینماید توسع بطن در ابتدا در طرف چپ بطن بوجود آمده که بعداً تمام بطن را استیلامینماید. هکك و Retching (عروق زدن) در ابتدا بوجود آمده و استفراقات به صورت مؤخر پیدا میشود. constipation موجود است.

اگر x-Ray اجرا گردد دیده میشود که کولون بسیار توسع نموده است و از گازات مملو میباشد.

تداوي:

در ابتدا کوشش میشود که به کمك sigmoidoscopy و یك تیوب Rectal بسیار نرم و کلان به بسیار آهستگی از ناحیه تدور عبور داده شود تا توسط تیوب مذکور تمام گازات از کولون خارج گردیده توسع بطن و کولون از بین برده شود اگر تیوب داخل گردید دو باره کشیده نشده و در آنجا برای چند روز گذاشته شده و عملیات نیز بری چند روز به تعویق میافتد تا درین مدت حالت عمومی مریض بهبودی حاصل نموده و جدار امعا به حالت طبعی برگردد همچنان الکترولیت ها و مایعات تنظیم گردد و مریض برای تفمم مقدم امعا آماده گردد بعد از آماده شدن مریض برای عملیات امعای

احمرار، گرم بودن ساحهء التهابی و حتی بلند رفتن درجهء حرارت عضویت بمشاهده میرسد.

تداوی:

اگر سینوس منتن نشده باشد توسط یك عملیهء بسیار ساده جراحی سینوس با Urachus یکجا آزاد و قطع می گردد. اما در صورتیکه سینوس منتن شده باشد بهتر خواهد بود که اول انتان توسط انتی بیوتیك تحت کنترول آورده شود و ساحه هر روز پانسمان گردد. و بعد به عملیات جراحی اقدام کردد. یك شکل دیگر بسیار سادهء تداوی سینوس منتن شده این است که سینوس منتن مثل یك Abscess توسط عملیه جراحی باز گردیده و بعد توسط گاز معقم Packing (داخل کردن گاز در جوف سینوس یا ابسی وغیره) صورت بگیرد که البته در این صورت توسط پانسمانهای مکرر از یك سو انتان تداوی میگردد و از سوی دیگر غشای سینوس تخریب شده و سینوس آهسته آهسته توسط نسج granulation اشغال گردیده و مسدود می شود.

ج- Urachal Cyst

در صورتیکه اوراکوس در حذای مثانه و سره بسته گردیده و صرف در قسمت متوسط بسته نشود بنام Urachal cyst یاد می گردد. از نظر سریری تا زمانیکه cyst منتن نگردیده باشد هیچنوع اعراض و علایم موجود نبوده و اکثراً cyst به صورت تصادفی در عملیات های که برای امراض دیگر اجرا میگردد یافت می شود . صرف در بعضی حالات بسیار نادر که کیست خیلی بزرگ باشد قابل جس

که تدور کرده Resection آن اجرا میگردد و نهایات مقطوعه امعا به صورت مقدم تفمم داده میشود. و در صورتیکه به گذاشتن تیوب مؤفق نشویم باید به عملیات جراحی اقدام شود.

compound volvulus :

ین نوع volvulus بسیار نادر است و بنام گره ileo sigmoid یا ileo sigoid knotting نیز یاد میگردد درین آفت ازسبب اینکه mesocolon سگموئید بسیار طولانی میباشد که این طولانی بودن Meso colon segmoid به ایلیوم اجازه میدهد که به دور Colon segmoisd تدور نماید کـه اکثراً بـعد از تـدور gangren میشود (زیرا اروای آن در اثر تدور قطع میشود) در ۳۰٪ وقایع کولون سگموئید نیز گانگرن میگردد. این نوع مریض به یك لوحه بطن حاد به شفاخانه مراجعه نموده در x- Ray کولون چپ و ایلیوم توسع نموده میباشد تـداوی آن عـملیات جراحی است کـه البـته اول decompretion بـعد Resection و بـعد Anastomose صورت میگیرد.

Mega colon :

این اصطلاح در حالاتی استعمال میشود که کولون دراز متوسع و جدار آن ضخیم باشد. Megacolon را در درس های داخله به صورت مفصل مطالعه مینمائید درینجا صرف به صورت بسیار مختصر ازآن یاد آوری میشود. Mega colon به صورت عموم به دو قسم است ولادی و کسبی Megacolon ولادی بنام Aganglionic mega colon نیز یاد میشود.

پتالوژي:

قسمت اعظم پتالوژی کولون را انسداد قسمی کولون و قبضیت تشکیل داده است تغیرات پتالوژیك در Mega colon مربوط به عمر Mega colon است یعنی به هر اندازه که عمر Mega colon زیاد میشود به همان اندازه تغیرات پتالوژیك از قبیل دراز شدن کولون توسع کولون و ضخیم شدن جدار کولون زیاد میگردد.

۱: mega colon کسبي:- این قسم mega colon به صورت کسبی توسط یك تعداد آفات و امراض بوجود میآید مثلاً انسداد قسمی نهایات سفلی کولون توسط تومور های سلیم و خبیث و یا توسط نسج ندبی و التصاقات همچنان انسداد قسمی رکتوم و مقعد بعد از عملیات ها انتانات، تومورها. Radiation, lymphogranuloma venereum، جروحات رکتوم و غیره

در اتیولوژی Mega colon کسبی مرض chagas بسیار رول دارد و یك اختلاط عمدهء شکل مزمن Mega colon chagas میباشد مرض chagas توسط trypanosoma cruzi بوجود میآید عصبانیت ها فشار های روحی و هیجانات نیز در تولید این مرض رول دارد ازینرو بنام Psychogenic mega colon یاد میگردد.

تشخیص:-

تشخیص از روی تاریخچه. اعراض، علایم و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد.

تداوي:-

تداوی Mega colon کسبی سببی بوده از سببیکه بوجود آمده باشد باید رفع گردد البته به تداوی mega colon کسبی وقتی اقدام میشود که مرض سبب قبضیت وخیم ، تدور و یا سبب fecalimpaction مکرر شود.

تداوی نظر به واقعه فرق میکند مگر تداوی خوب Subtotal coletomy و ilioproctostomy میباشد.

2:aganglionic mega colon : -

بنام Hirchs prong's disease نیزیاد میگردد یك آفت ولادی بوده که از سبب نبودن عقدات(ganglia) اعصاب Parasympathetic در قسمت کوچك و یا در یك ساحه وسیع امعای غلیظه بوجود می اید، به عباره دیگر در این مرض در یك قسمت امعای رقیقه Para symphathetic Gonglia موجود نمیباشد خصوصاً در قسمت سفلی رکتوم و حافه، مسننه مقعد بسیار زیاد عمومیت دارد. در بعضی راپور ها ذکر شده که عقدات مذکور در تمام کولون و حتی امعای رقیقه موجود نمیباشد.

در قسمت های از کولون که عقدات مذکور موجود نباشد با حرکات استداری کولون سهم گرفته نمیتواند که در نتیجه آن coordination و انتظام حرکات استداری کولون برهم میخورد طوریکه میدانیم در حالت نورمال در اثنای حرکات استداری کولون وقتیکه عضلات حلقوی سگمنت بالاتر یا proximal تقلص نماید

سگمنت بعدی یا distal آن متوسع میگردد تا محتوی قسمت بالاتر در این قسمت پائین شود لاکن در مرض فوق موضوع چنین نیست وقتیکه که سگمنت تقبض نماید سگمنت Proximal بعدی عوض اینکه توسع نماید تا محتوی سگمنت بالا به آن پائین شود بر عکس متقلص و spastic میگردد به این صورت محتوی کولون پائین رفته نمیتواند و در نتیجه کولون که از ساحهء Aganglionic بالاتر قرار دارد آهسته آهسته توسع مینماید کلان میشود و محتوی امعا در آنجا دمه و ذخیره میگردد.

ازینرو طفل فقط بعد از ولادت مبتلا به قبضیت بوده به روز ها و هفته ها رفع حاجت نمي نماید بطن روز بروز توسع میکند و حتی بعضاً از سبب فشار زیاد بطن بالای حجاب حاجز فشار آورده و باعث مشکلات تنفس میگردد.

اعراض وعلایم:

طفل بعد از ولادت قبضیت دارد در ظرف دو یا سه روز بطن آن متوسع گردیده و به استفراقات شروع مینماید اعراض سریری به انسداد امعای رقیقه بسیار شباهت دارد از اینرو اکثراً مریضان به صورت غلط بنام انسداد امعای رقیقه عملیات میگردد. ازینرو باید در تمام اطفالیکه بنام انسداد امعای رقیقه عملیات میشود باید قبل از عملیات مرض Hircüs prongs را در نظر داشته باشیم. در تشخیص تفریقی معاینات رادیولوژیك كمك كرده نمیتواند زیرا هنوز طفل کوچك بوده و tenia امعای غلیظ آنقدر نشو ونما نکرده که

امعای رقیقه از غلیظه تفریق گردد. ازینرو باید اول یك اندازه مواد کشیفه اماله شده و بعد رادیوگرافی اخذ گردد در صورتیکه انسداد در امعای رقیقه موجود باشد کولون collapsed کرده لاکن در مرض Hirchs Prong's کولون فوق العاده متوسع میباشد. اگر طفل ازین مرحله زنده برآید به یك مرحله قبضیت مزمن داخل میشود که بعضاً حملات درد بطن و استفراقات برایش پیدا میشود همچنان طفل از سبب سؤ تغذی وزن خود را میبازد و لاغر میشود ازوبای اطراف سفلی و انیمیا در آن مشاهده شده میتواند. (باگذشت زمان)

در معاینه، فزیکی توسط قرحه کولون متوسع و پر از گازات تثبیت شده میتواند حرکات استداری در ساحه، بالاتر از ناحیه ماؤف شدید میباشد در معاینه، proctoscopy دیده میشود که ریکتم خالی بوده و مواد غایطه در آن موجود نیست spastic و collapse میباشد. که این موضوع برای تشخیص تفریقی قبضیت مزمن و aganglionic megacolon اهمیت خاص دارد. بخاطریکه در قبضیت های مزمن ریکتم از مواد غایطه مملو میباشد.

تشخیص:

برای تشخیص از تاریخچه، اعراض و علایم ، معاینات رادیولوژیك و خصوصاً معاینات پتالوژیك استفاده میشود. خلاصه تشخیص قطعی بعد از نتیجه، راپور نسجی ناحیه ماؤفه، کولون وضع میگردد.

تداوی:

برای تداوی این مرض عموماً از عملیات جراحی استفاده میشود

زیرا که تداوی داخلی چندان نتیجه نمیدهد تنها در حالاتیکه یك پارچه کوچك کولون aganglionic باشد برای تداوی آن از بعضی مسهلات، اماله، و تطبیق ادویه، parasympathicomimitic مثل methacoline و Neostigm.in وغیره استفاده شده میتواند.

تداوی جراحی:

یگانه تداوی این مرض مداخله جراحی است طوریکه بعد از ولادت چون طفل بسیار خورد است ابتدا از ساحهAganglionic بالاتر Colostomy اجرا میگردد بعد زمانیکه طفل ۶ ماهه شد توسط بیوپسی های متعدده از قسمت aganglionic سرحد آخری قسمت aganglionic را دریافت نموده و بعد از ختم ساحه aganglionic کولون قطع شده پارچه Aganglionic distal از قاعده آن قطع و قطعه proximal سالم با ساحه، مقطوعه خارج از مقعد انستوموز میگرده البته قبل از عملیات اقلاً برای ۱۰ روز مریض همه روزه اماله و پساك میگردد. و نیز انتی بیوتیك قوی براسیش تطبیق میگرده عملیات فوق بنام swenson pullthrough operation یاد میگرده.

امراض التهابي امعای غلیظه:

Amebiasis:

amebiasis عبارت از التهاب امیبیك جدار کولون است. که توسط entamoiba Histoiltica برجود میآید. amebiasis کولون باعث یك تعداد اختلاطات میشود که به تداوی جراحی ضرورت

دارد. مثل ابسی امیبیك کبد، ابسی امیبیك ریه ها، تثقب امیبیك کولون و انسداد امیبیك کولون که بنام ameboma یاد میگردد.

ameboma یك اختلاط بسیار نادر Amebiasis بوده که اکثراً در چکم و بعضاً در ilium پیدا میشود درین اختلاط یك نوع عکس العمل بسیار شدیدgranulomatous که با ضخیم شدن جدار امعا یکجا میباشد بوجود میآید که با carcinoma شباهت زیاد دارد.

amebiasis یك مرض داخله است در آنجا به صورت مفصل مطالعه میشود درینجا ما صرف از بعضی اختلاطات آن که عملیات جراحی را ایجاب مینماید یاد آور میشویم.

در عملیات جراحی تثقب ameboma طریقهء بسیار خوبMicolize exterio rization است و انستوموز مقدم چندان نتیجه خوب نمیدهد. البته درصورت تشکل ابسی های Amebic در هر قسمت جهاز هضمی که تشکل کرده باشد بعد از تشخیص درنباژ میگردد و با عملیه درنباژ تداوی ضد امیبیك نیز ضمیمه میشود.

رتج های کولونdivevticules of colon :

عبارت از تفتق یك قسمت غشای مخاطی بداخل طبقه عضلی میباشد در صورت که در جدار کولون رتج های متعدد موجود باشد بنامdiverticulosis کولون یاد میگردد. diverticulosis در سن های پیشرفته زیاد دیده میشود.

اسباب وپتالوژي:

اتیولوژی رتج ها به صورت درست معلوم نشده اما اکثر مولفین دو فکتور ذیل را در تولید رتج دخیل میدانند یکی بلند رفتن فشار جوف کولون از هر سببیکه باشد دوم ضعیفی ولادی بعضی قسمت های جدار کولون.

یك علت بسیار عمدهء بلند رفتن جوف کولون عدم انتظام در میکانیزم حرکات استداری جدار کولون است همچنان بلند رفتن فشار جوف بطن است مثلاً در قبضیت های مزمن و صرفه های مزمن تضیق عنق مثانه و غیره فشار جوف بطن بلند رفته و این فشار بلند سبب بلند رفتن فشار جوف کولون میگردد. زمانیکه فشار جوف کولون بلند رفت غشای مخاطی و تحت مخاطی در یك قسمت ضعیف طبقه عضلی آهسته آهسته پیش رفته و سبب تشکل محراق اولی رتج میگردد که بعداً بیك رتج مکمل تبدیل میشود زمانیکه رتج تشکل نمود مواد غایطه دران داخل شده و آب مواد غایطه توسط غشای مخاطی رتج امتصاص میشود و مواد غایطه به یك کتله خشك تبدیل میشود که این کتله سخت مواد غایطه از یك سو بالای جدار رتج فشار وارد نموده سبب توسع آن میگردد و از سوی دیگر غشای مخاطی رتج را تخریش و باعث بوجود امدن قرحه های کوچك و تثقبات میکروسکوپیك میگردد. که این تغیرات پتالوژیك سبب تولید عکس العمل التهابی در جدار رتج گردیده diverticulitis را بوجود میآورد جدار رتج نسبت التهاب

ضخیم گردیده که این ضخامت جدار رتج بالاخره سبب بند شدن دهن رتج گردیده و باعث انسداد رتج میگردد که درین وقت عکس العمل التهابی شدید گردیده و در صورت که رتج های متعددموجود باشد التهاب از یك رتج به رتج دیگر سرایت نموده و در نیتجه یك بخش جدار کولون توسط التهاب اشغال شده جدار آن سخت اذیمائی و شکنن میگردد رتج های کولون بسیار در کولون سگموئید دیده میشود .

اختلاطات:-

اختلاطات بسیار مهم وعمده رتج های کولون عبارت از Diver-ticulitis، انسداد، تثقب، تشکل ابسی تشکل فستول، التهاب ورید باب و شعبات وریدباب(pylephlebitis) و بالاخره ابسی های جاورسی کبد میباشد. نزف و انسداد امعا از سبب التصاقات نیز از جمله اختلاطات رتج ها است.

اعراض و علایم:-

مریضانیکه صرف diverticulosis دارد در آنها هیچ اعراض دیده نمیشود لاکن در صورت که diverticulitis بوجود آمده باشد درquadrant سفلی چپ درد موجود میباشد. همچنان بعضی دوره های اسهال وقبضیت دیده شده میتواند diverticulosis تا آخر عمر همرای مریض همرا میباشد لاکن بعضاً برای مدت کوتا اعراض سریری معدوم میباشدو بعضاً هم برای پنج یا شش هفته اعراض سریری بسیار شدت کسب مینماید.

با جس ناحیه ماؤف حساس میباشد. از معاینه پروکتوسکوپی چندان استفاده شده نمیتواند معاینات رادیولوژیك با مواد کثیفه استطباب ندارد زیرا اکثراً آب مواد کثیفه داخل رتج رشف شده و خشك میگردد که در نتیجه آن انسداد قسمی به انسداد تام مبدل میشود

تداوي:-

باید در diverticulosis از اسهال و قبضیت جلوگیری به عمل آید زیرا اسهالات و قبضیت های زیاد سبب تبدیل شدن diverticulosis به diverticulitis میگردد.و تداوی diverticulitis دو بخش دارد

a: بخش داخلي:-

در صورتیکهdiverticulitis اختلاط نداده باشد از تداوی داخلی استفاده میشود در تداوی داخلی از یك سو کوشش میشود که قبضیت و اسهال مریض تداوی گردد و از سوی دیگر برای مقابله با انتان از سلفامید ها و انتی بیوتیك ها استفاده میشود.

b: تداوی جراحي:-

در حالاتیکه diverticulitis سبب انسداد ، نزف تثقب، ابسي، فستول وغیره گردد. تداوی داخلی هیچ نتیجه ندارد و باید از تداوی جراحی استفاده شود در جمله اختلاطات تثقب سکموئید بسیار عمومیت دارد که مریض در یك لوحهء حاد بطن به شفاخانه مراجعه میکند بعد از تشخیص باید فوراً بطن باز گردیده و Resection

میباشد همچنان در صورتیکه کیست منتن شده باشد اعراض و علایم التهاب موجود میباشد.

تداوی:

اگر کیست منتن نشده باشد و یا اینکه کیست بسیار کلان نباشد به تداوی هیچ ضرورت نیست. در صورتیکه کیست کلان و قابل جس باشد باید توسط یك عملیهء جراحی آزاد و کشیده شود. اگر کیست منتن شده باشد کشیدن آن مشکل است زیرا خطر منتن شدن جوف بطن موجود است. برای تدوای آن بهتر است کیست مثل یك ابسی شق و تداوی گردد.

Omphalocele

عبارت از defect جدار بطن است که ازسبب تشوش نشوونمای حیات رشیمی جدار بطن بوجود میآید. یا به عبارهء دیگر یك آفت ولادی است که در این آفت جداربطن بصورت مکمل بسته نمیشود و در حذای سره یك اندازه Defect موجود میباشد. این طور هم گفته میتوانیم که Omphalocele در حقیقت یك فتق سروی ولادی بوده که در این فتق کیسه فتقیه توسط پوست پوشیده نمیباشد.

Omphalocele بـنام های Herniated Umbilical Cord، Amniotic Hernia و Umbilical eventration نـیـز یـاد میگردد..

طوریکه قبلاً گفتیم Omphalocele در حقیقت یك فتق ولادی سروی است که کیسه فتقیه توسط پوست پوشیده نشده. محتوی

قسمت ماؤف و انستوموز مقدم اجرا میگردد. در حالاتیکه وضع مریض بسیار خراب باشد در مرحله اول صرف تثقب دوخته شده وcolostomy کولون مستعرض اجرا میگردد بعد از چند هفته زمانیکه حالت عمومی مریض اصلاح گردید مریض عملیات، ناحیهء ماؤف قطع و انستوموز مقدم اجرا میگردد. خلاصه هر اختلاط diverticulitis بعد از تشخیص توسط عملیهء جراحی به یك و یا دو پلان تداوی میگردد.

ulcerative coliliis :

این آفت در بخش داخله مطالعه میشود درینجا فقط از بعضی نقاط مهم نام برده میشود

اتیولوژي:

سبب آن تا هنوز به صورت واضح و درست معلوم نشده و مؤلفین فکتور های روحي، جسمی Autoimmune process psychosomatic را در تولید این مرض دخیل میدانند.

پتالوژي:

یك آفت غشای مخاطی کولون است که از طبقه تحت المخاطی (submucosa) شروع میشود یعنی در ابتدا التهاب در قاعدهcrypts های lieberkuhn شروع شده یك نوع ابسی ها را در آنجا تشکیل میدهد که بعداً آهسته آهسته ابسی های مذکور با هم یکجا شده که در نتیجه اروای غشای مخاطی که بالای ابسی ها قرار دارد خراب شده و نکروز مینماید و می افتد و در بین قسمت

های که غشای مخاطی آن تخریب شده و افتیده است بعضی ساحه های غشای مخاطی سالم به شکل جزیره ها دیده میشود که این جزایر آهسته آهسته قسمت های که غشای مخاطی آن افتیده است میپوشاند لاکن این غشای مخاطي نو بسیار نازك و شکنند میباشد لاکن جزیره های سالم (غشای مخاطی سالم) بسیار ضخیم گشته و منظره یك نوع پولیپ ها را اختیار مینماید که بنام pseudo polype یاد میگردد همچنان التهاب مزمن طبقه submucosa سبب فبروز میگردد که فبروزس بعد از تکمش سبب کوتاه شدن و ضخیم شدن جدار کولون میشود. که در نتیجه آن کولون لشم گردیده و Haustrae کولون از بین میرود (نسبت کوتاه شدن) ulcerative colitis از نظر سریری سه شکل دارد

1: chronic ulcerative colitis

2: acute ulcerative colitis

3: Fulminant ulcerative colitis برای مطالعه این سه شکل سریری به کتاب جهاز هضمی تالیف خودم مراجعه شود.

تشخیص:

از روی تاریخچه معاینات فزیکی و معاینه Sigmoidoscopy وضع میگردد. معاینات رادیولوژیك معدومیت Haustrae را نشان داده میتواند که با تشخیص کمك زیاد مینماید.

اختلاطات:

دو نوع است عمومی وموضعي:

اختلاطاتموضعي:

عبارت اند از Hemoroid- Peri Rectal Carcinoma

تشكل ابسي، تثقب كولون- Peritonitis تشكل فستول همرای اعضای مجاور مثل محبل- مثانه- امعای رقیقه، نزف، تضیقات در ساحهء ماؤفهء کولون- Toxic megacolon و پولیپ های کاذب میباشد.

2: اختلاطات عمومي:-

عبارت اند از Osteoporosis, Pyoderma gangrenosum pericholangitis, anemia, amyloidosis, vascular-thrombosis وغیره میباشد.

تداوي:

1: تداوی داخلي:

a: تداوی عــــرضي:

عبــارت از استراحـــــت مطــلق بســـتر، رژیـــم غــذائی مناســــب، دادن مسکـبنات، دادن ادویـــه Anticholenergic تداوی ضد اسهال و Psychotherapy میباشد.

b: تداوی ضد مکروب:

عبارت از تطبیق سلفامید ها و انتی بیوتیك های مناسب میباشد.

c: استعمال A.C.T.H و Adrinocorticosteroid:

خصوصاً در مرحله حاد و صاعقوی مرض استطباب دارد. همچنان در واقعات خطرناك که مریض به عملیات جراحی سوق داده میشود باید قبل از عملیات یك دوره از ادویهء فوق برایش داده شود.

2: تداوی جراحي:

در حالت ذیل استطباب عملیات جراحی موجود است.

a : acute Fulminant ulcerative colitis

b : در حالاتیکه تضیق، تثقب، انسداد، نزف، ابسی و فستول بوجود آمده باشد

c : در صورت که اشتبا Carcinoma موجود باشد

d : Intractibility .

• در تداوی جراحی عملیاتیکه بسیار زیاد از آن استفاده میشود عبارت از Total colectomy و دور کردن رکتوم میباشد و برای ادامه ترانزیت معائی با عملیهء فوق ileostomy دوامدار نیز اجرا میگردد بعضی جراحان انگلیس ileo proctostomy را ترجیح میدهند (بعد از total colectomy ایلیوم با رکتوم انستوموز میگردد) یعنی در عملیهء فوق ریکتم دور نمیشود و به همرای آن ایلیوم انستوموز گردیده و permanent ileostomy اجرا نمیگردد. در بعضی حالات که وضع مریض بسیار خراب باشد و اجرای عملیات فوق بالای شان امکان نداشته باشد عملیات را به دو مرحله اجرا میدارد .یعنی در مرحله اول فقط تحت انستیزی موضعی صرف ileostomy اجرا نموده و بعد زمانیکه وضع مریض خوب گردد totalcolectomy اجرا مینماید.

تومور های امعای غلیظ:

تومور های امعای غلیظ در نزد مرد ها و زنها به صورت

مساوی دیده میشود در هر قسمت امعای غلیظ پیدا شده میتواند مگر در سگموئید و ریکتم بسیار عمومیت دارد تومور هی امعای رقیقه به دو دسته تقسیم شده سلیم و خبیث ما درینجا کانسرکولون را مطالعه مینمائیم که عمومیت زیاد دارد.

کانسر های کولون به سه بخش جدا شده که عبارت از کانسر های کولون راست، کانسرهای کولون چپ و کانسر های رکتوم.

اتیولوژي:

مثل دیگر تومورها معلوم نیست مگر بعضی مؤلفین عقیده دارد که Polyposis کولون و Chronic lymphogranuloma veneviam, chronic ulcerative colitis و Granuloma inguinal برای پیدا شدن کانسر کولون زمینه را مساعد میسازد.

پتالوژي:

کانسر های کولون از نظر پتالوژی به سه بخش جدا گردیده است.

1: کانسر های کولون که ساختمان Polypoide دارد و در جوف کولون یك منظرهٔ گل کرم داشته میباشد.

2: کانسر های کولون که به صورت حلقوی جدار کولون را اشغال مینماید و سبب تضیق جوف کولون میگردد.

3: کانسر های کولون که منظره تقرحی داشته:

زمانیکه تومور در جدار کولون تولید گردد یا به صورت بسیار

آهستگی و یا به سرعت زیاد نشو و نما نموده کلان شده و عناصر محیط خود را اشغال مینماید.

Duke مراحل آتی را برای انتشار کانسر کولون تعین نموده است

stage A: در مرحلهء که تومور تازه در جدار کولون پیدا گردد بنام Stage A یاد میگردد

stage B: درین مرحله تومور در جدار کولون انتشار و وسعت نموده میباشد.

stage C1: درین مرحله تومور از جدار کولون به عقدات لمفاوی مجاور کولون میرسد.

stage C2: درین مرحله تومور در اوعیهء نزدیك و سستم لمفاوی انتشار نموده میباشد

stage D: درین مرحله تومور به انساج دور انتشار نموده میباشد.

1: کانسر های کولون راست:

کانسر های مذکور از نظر هستولوژی از حجرات استنواوی اپیتل غشای مخاطی منشه خود را اخذ مینماید و از نظر توپوگرافی بسیار زیاد در چکم و دسام ileocecal دیده میشود. همچنان در ثلث متوسط کولون صاعد و زاویهء کبدی کولون نیز عمومیت دارد.

در صورت که تومور در حذای دسام Iliocecal موقعیت داشته باشد بسیار به زودی مانع عبور مواد غایطه از ایلوم به چکم میگردد. شکل (۱۳-۱٤-۱۵)

شکل ۱۳

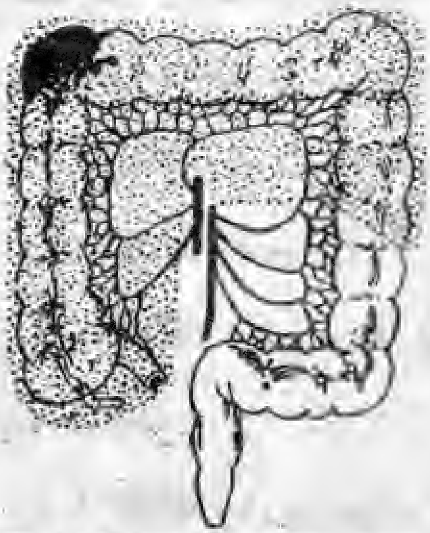


Fig. 49.42 Area to be resected when the growth is situated at the hepatic flexure.

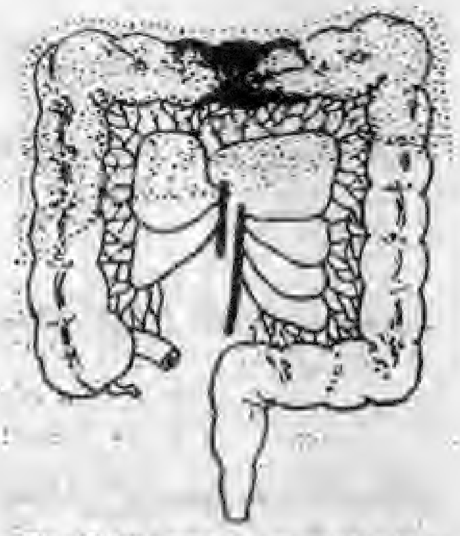


Fig. 49.43 Area to be resected when the neoplasm is situated in the transverse colon.

transverse mesocolon and the greater omentum, followed by end-to-end anastomosis, is a satisfactory procedure.

Carcinoma of the splenic flexure or descending colon. The extent of the resection is shown in Fig. 49.44. Sometimes removal of colon up to the ileum is preferable.

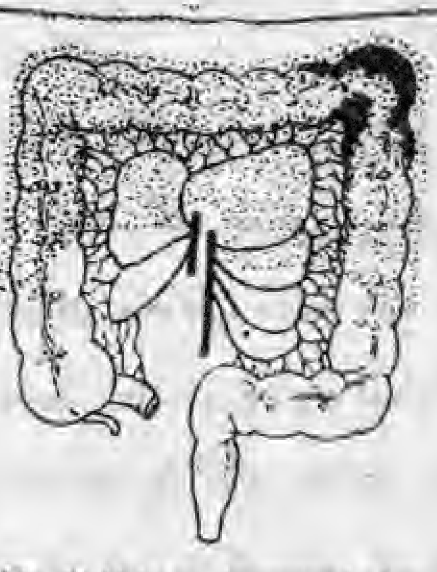


Fig. 49.44 Area to be resected when the neoplasm is situated at the splenic flexure, or the proximal part of the descending colon.

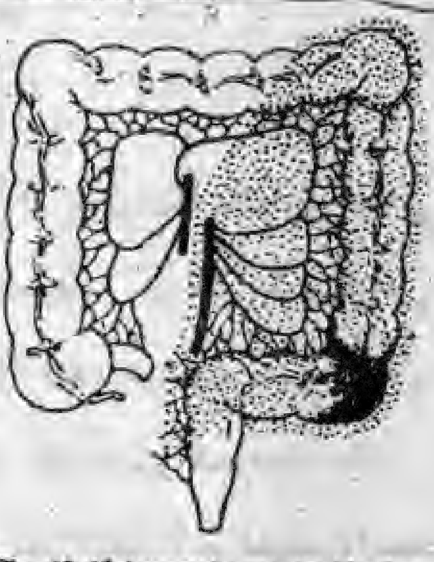
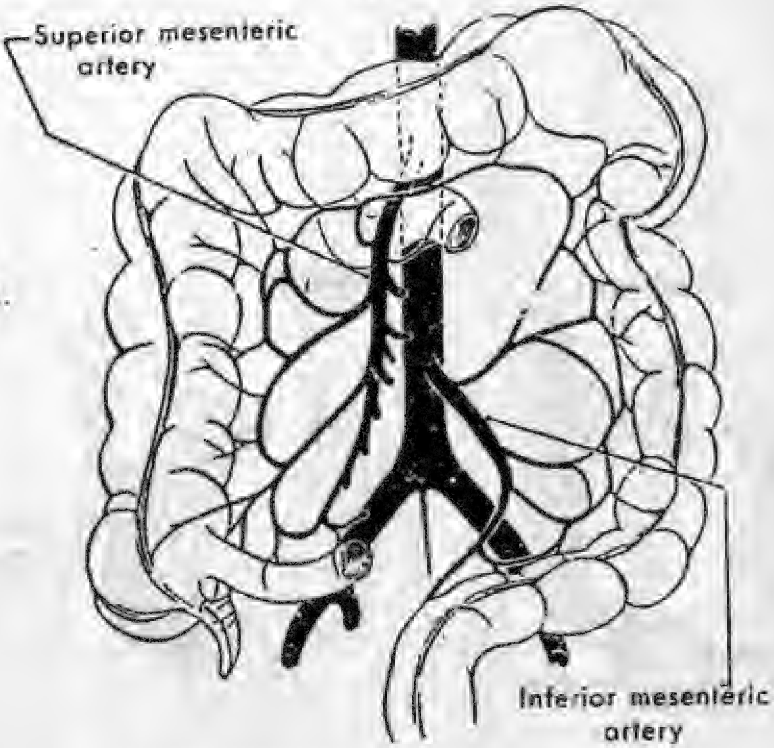


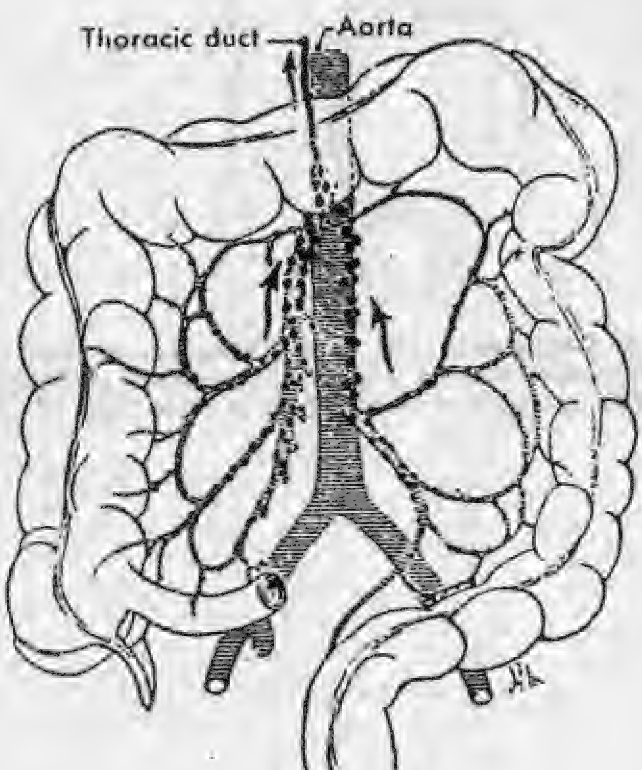
Fig. 49.45 Area to be resected in the case of a carcinoma of the pelvic colon.

شكل ١٤

A.



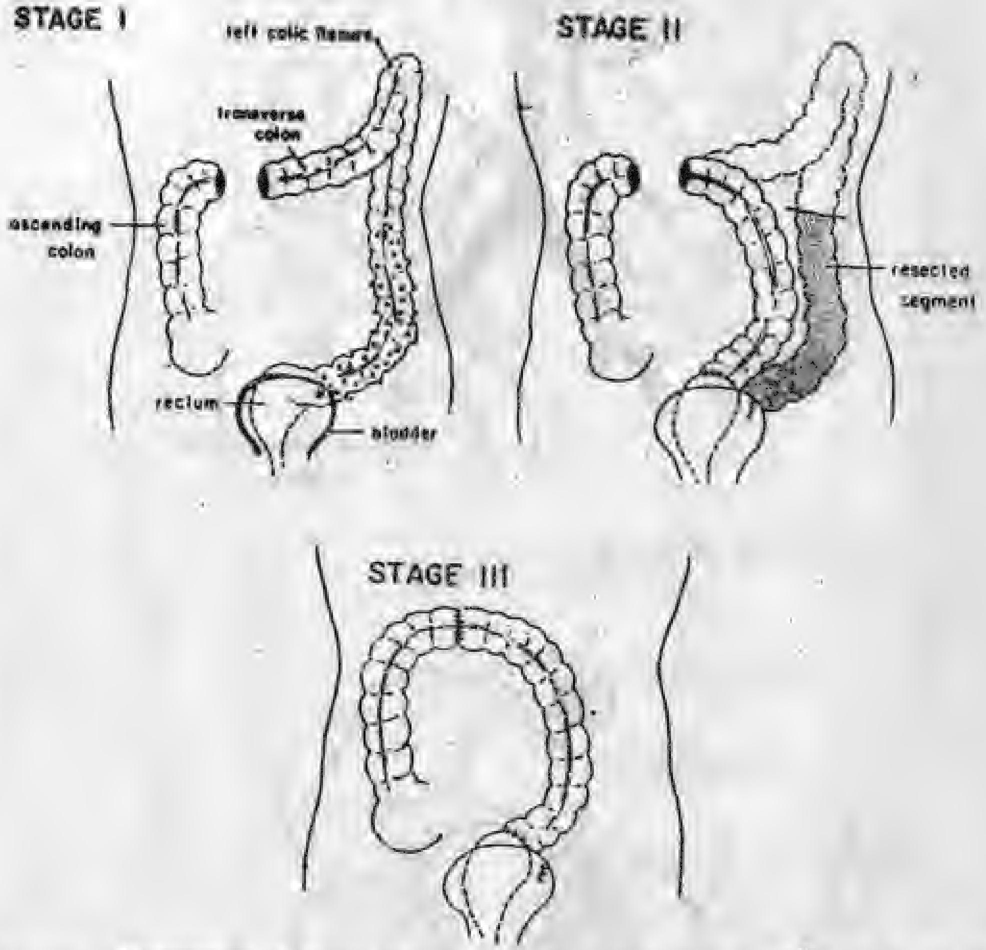
Normal arterial supply of colon.



B

Lymphatic drainage of colon.

شکل ۱۵



_____ Management of diverticulitis of colon. Stage I: Preliminary colostomy to put left colon at rest. Stage II: Adequate mobilization of splenic flexure, resection of diseased segment of sigmoid with anastomosis, and repair of bladder at site of fistula. Stage III: Closure of colostomy.

کانسر های کولون راست از نظر Macroscopic منظره تنبتی یا Vegitent داشته میباشد که این شکل بسیار زیاد عمومیت دارد.

سیر تومور از نظر تشریح مرضی:-

زمانیکه تومور از حجرات استنوانوی اپیتل غشای مخاطی کولون منشه گرفت آهسته آهسته و یا به صورت سریع نشو ونما نموده و به سرعت سبب تضیق موضعی لومن کولون میگردد که این تضیق موضعی مانع عبور مواد غایطه میشود از طرف دیگر تومور مذکور از غشای مخاطی به دیگر طبقات جدار کولون انتشار نموده و تمام طبقه های جدار کولون را اشغال مینماید و بعد به انساج مجاور کولون انتشار مینماید و آنها را اشغال مینماید که این حادثه بالخصوص در کانسرهای چکم بسیار عمومیت دارد، البته زمانیکه کانسر از جدار کولون به انساج مجاور خود سرایت نماید باعث التصاقات بسیار زیاد میگردد.

کانسر کولون علاوه بر آن که به صورت موضعی انتشار مینماید توسط اوعیه و سستم لمفاوی به قسمت های دور عضویت نیز انتشار مینماید و عقدات لمفاوی دور و نزدیك را استیلا میسازد ازینرو باید در وقت عملیات کولون راست همه عقدات لمفاوی دور ساخته شود. همچنان کانسر های کولون توسط دوران وعائی به قسمت بسیار دور عضویت مثل کبد، ریه و غیره میرسد. بعضاً قرحه های کانسر کولون منتن گردیده که بعضاً انتان مذکور داخل دوران گردیده و سبب Septicemia میگردد . و در بعضی حالات دیگر تقرحات

کیسه اکثراً امعاء کیسه صفرا، جگر، مثانه و دیگر احشای بطن بوده میتواند.

از نظر سریری بعد از ولادت طفل هیچ گونه اعراض ندارد.

تداوی:

باید توسط یك عملیهء جراحی به زودی توسط یك یا دو مرحله ترمیم گردد.

وقتیکه بعد از ولادت دیده شود که طفل Omphalocele دارد باید فوراً کیسهء Omphalocele توسط گاز معقم و مرطوب پانسمان گردیده و بعد طفل به اطاق عملیات انتقال داده شود. اگر در تداوی معطلی رخ بدهد از یك سو امعاء توسع کرده و رد کردن (ارجاع کردن) محتوی کیسهء مشکل میگردد و از سوئی دیگر خطر منتن شدن کیسه فتقیه موجود است که این به نوبهء خود سبب پریتونیت و بالاخره مرگ مریض می گردد.

در تداوی Omphalocele نقاط ذیل در نظر گرفته شود:

۱- باید معاینات مکمل طفل اجرا شود اگر کدام مانعه در قسمت سفلی جهاز هضمی موجود باشد قبل از اینکه محتوی کیسته فتقیه رد گردد باید اول مانعه مذکور کاملاً برداشته شود.

۲- اگر کیسته فتقیه کوچك باشد مثل فتق های ساده کیسه باز گردیده محتوی آن رد و کیسه از عنق قطع میگردد.

۳- در صورتیکه کیسه بزرگ باشد اگر محتوی آن داخل بطن شود چون جوف بطن در این مریضان بسیار کوچك میباشد بناءً سبب

مذکور سبب نزف شدید و یا خفیف نیز میگردد.

تشخیص:-

تشخیص از روی تاریخچه ، معاینات سریري، معاینات رادیولوژیك و معاینات لابراتواری صورت میگیرد.

اعراض و علایم:-

در شروع مرض هیچ گونه اعراض و علایم به مشاهده نمیرسد اما زمانیکه آفت تأسس نماید اعراض ذیل به ملاحظه میرسد.

اعراض وظیفوي:-

مریض از درد بسیار خفیف حفره حرقفی راست به داکتر مراجعه مینماید درد مذکور وصف کولیکی دارد. وصف مخصوص دیگر این درد این است که درد مذکور از حفره حرقفی راست شروع گردیده و ساعت به ساعت شدت کسب مینماید تا بالاخره بلکل از توان خارج گردد. همرای این درد در بطن یك اندازه distention نیز پیدا میشود که بعداً این درد به صورت آنی بعد از پیدا شدن یك آواز مخصوص دفعتاً از بین میرود علت پیدا شدن این درد وارد شدن فشار بالای جدار کولون است زیرا چون در ناحیهٔ تومور لومن کولون متضیق شده و به مواد غایطه و گازات اجازه عبور نمیدهد آهسته آهسته مواد غایطه و گازات در قسمت proximal کولون جمع گردیده و بالای جدار کولون فشار میآورد و سبب توسع آن میشود که این فشار و توسع سبب درد شدید میگردد اما زمانیکه فشار بسیار بلند رفت دفعتاً گازات و مواد غایطه از قسمت متضیق

تحت فشار بلند عبور نموده و یك نوع آواز مخصوص میدهد و در عین زمان فشار از جدار کولون رفع گردیده و درد به صورت آنی از بین میرود. در پهلوی درد فوق مریض بعضاً قبض و بعضاً اسهال میباشد. که حملات قبض و اسهال به صورت متناوب بوجود میآید.

تاریخچه:-

مریض در تاریخچه خود از بی اشتهائي، بد هضمی و از موجودیت خون تازه در ادرار خود حکایه مینماید.

علایم عمومي:-

مریض اکثراً تب خفیف داشته وزن خود را باخته میباشد و از سبب نزف دوامدار مصاب anemia میباشد.

علایم فزیکي:-

در جس به صورت عمومی یك کتلهء مدور، سخت و متحرك در حفره حرقفی راست قابل جس میباشد این کتله بعضاً غیر منظم و دردناك نیز میباشد. بعضاً یك اندازه طبلیت هم موجود میباشد (چون مواد غایطه و گازات از قسمت متضیق به درستی عبور کرده نمیتواند)

معاینات رادیولوژیك:

معاینات رادیولوژیك در تشخیص مرض اهمیت خاص دارد و استطباب عملیات جراحی عموماً بعد از گرفتن رادیوگرافی که بعد از اماله نمودن مواد کثیفه صورت گرفته باشد گذاشته میشود

سیر واختلاطات:-

در صورتیکه تومور تداوی نشود آهسته آهسته کلان شده و انتشار مینماید به قسمت های دور عضویت metastase میدهد که این metastase ها سبب مرگ مریض میگردد اما بعضاً قبل ازینکه آفت بسیار پیش برود مریض از سبب بعضی اختلاطات آن مثل انتان و انسداد از بین میرود. انتان اکثراً سبب تشکل ابسی ها و Septicemia میگردد انسداد هم بعضاً بوجود میآید مگر چون در کولون راست قوام مواد غایطه اکثراً به شکل مایع میباشد ازینرو به خوبی از ناحیه تضیق عبور نموده و ازینرو در کانسر های کولون راست واقعات انسداد بسیار کم تصادف میگردد. تنها در حالاتیکه کانسر بالای دسام iliocecal تولید شده باشد بسیار زیاد سبب انسداد میگردد.

تشخیص تفریقي:-

کانسر کولون راست با یك تعداد زیـــاد آفـات دیگر مغالط شده میتواند مثلاً توبرکلوز ناحیه Appendicial abscess, ileocecal قرحه های peptic معده و اثناعشـر، Diverticolitis, cholecystitis lymphogranulomo inguinalis, ulceativecolitis Regional enteritis و غیره که باید در وقت تشخیص تمام امراض فوق رد گردد

تداوي:-

در عملیات جراحی کانسر کولون راست باید تمام عقدات لمفاوی و

اوعیه های آن قطع و دور ساخته شود که برای این منظور از عملیهء Right Hemi colectomy استفاده میشود یعنی نصف کولون مستعرض، زاویهء کبدی کولون، کولون صاعد ، و چکم همه قطع و دور کرده شود و بعداً terminal iliume با قسمت باقیمانده کولون مستعرض Anastomose گردد.

درحالاتیکه تومور بسیار پیشرفت کرده و کبد را اشغال نموده باشد درین صورت از تداوی محافظوی استفاده میشود یعنی درین نوع حالات فقط iliotransversostomy اجرا میگردد تا به بدین وسیله مواد غایطه به صورت آسانی داخل کولون مستعرض گردیده و از انسداد جلوگیری شود.

البته این عملیات برای تداوی خود کانسر هیچ کمک کرده نتوانسته و کانسر به سرعت پیش رفته و سبب مرگ مریض میگردد.

2: کانسر کولون چپ:

مقصد از کانسر کولون چپ آن است که تومور در Colon sigmoide، کولـون نازله، زاویهء طحالی کولون و نصف طرف چپ کولون مستعرض موقعیت داشته باشد.

کانسر های کولون چپ نیز مانند کانسر های کولون راست از نظر هستولوژی از حجرات استوانوی اپیتل غشای مخاطی منشه میگیرد، کانسرهای کولون چپ به صورت حلقوی در جدار کولون پیدا گردیده و سبب تنگ شدن لومن کولون میشود. بعداً آهسته

آهسته طبقات جدار کولون را اشغال و بالاخره به عقدات لمفاوی و نسج محیطی خود انتشار مینماید و بعد توسط اوعیه و سیستم لمفاوی به اعضای دور تر مثل ریه، کبد و غیره میرسد. این تومورها نیز اکثراً منتن گردیده وانتان مذکور به محیط کولون انتشار مینماید و سبب Pericolitis و Perisigmoiditis میشود.

اعراض و علایم:-

در شروع مرض هیچ نوع اعراض موجود نمیباشد بعد از پیشرفت تومور اعراض آتی دیده شده میتواند.

1: درد:

اکثراً مریض از سبب درد به داکتر مراجعه مینماید درد وصف Spasme و تشنج داشته میباشد و به صورت آنی توقف مینماید.

2: نزف:

مریض همرای مواد غایطه خون ضایع مینماید که خون مذکور تازه و رنگ سرخ میداشته باشد

3: قبضیت و اسهال:

مریض برای چند روز قبضیت میداشته باشد که این قبضیت به صورت آنی به اسهال مبدل میگردد. و حملات قبضیت و اسهال به صورت متناوب دوام می یابد سبب این قبضیت ها و اسهالات متناوب این است که ابتدا مواد غایطه بالاتر از قسمت متضیق دمه میگردد ازینرو مریض قبضیت میباشد بعداً آهسته آهسته مواد غایطه دمه شده دچار تفسخ گردیده و به شکل اسهال خارج میگردد مریض وزن خود را از دست داده و بی اشتها میباشد، چون

تومورهای مذکور با قنات بولی ارتباط نزدیك دارد ازینرو بعضاً اعراض سستم بولی مثل Pyuria- dysuria و غیره نیز مشاهده میگردد،

معاینات فزیکی:-

در معاینه فزیکی اکثراً چیزی بدست نماید زیرا از یك طرف کولون چپ بسیار عمیق قرار دارد و از سوی دیگر تومورهای آن اکثراً تنبتی یا vegitent میباشد اما با آن هم در بعضی حالات در حفرهء حرقفی طرف چپ یك کتله غیر منظم و متحرك قابل جس میباشد.

معاینات رادیولوژیك:-

تشخیص این آفت تنها توسط معاینات رادیولوژیك وضع شده میتواند که برای این مقصد باید بعد از اماله مواد کثیفه رادیوگرافی اجرا گردد، در کلیشهء رادیوگرافی عموماً یك نوع تشنج غیر منظم و تضیق قابل دید میباشد و از قسمت متضیق بالاتر کولون متوسع میباشد البته این را هم باید در نظر داشته باشیم که در سپازم کولون هم قسمت متشنج متضیق میباشد ازینرو برای اینکه کانسر کولون با سپازم آن مغالطه نگردد باید قبل از اجرای رادیوگرافی به مریض ادویه Antispasmodic داده شود و از طرف دیگر چند مرتبه رادیوگرافی اجرا گردد.

سیر و اختلاطات:-

سیر این تومور معمولاً کشنده است اما قبل ازینکه مریض فوت گردد مریض از سبب بعضی اختلاطات به شفاخانه مراجعه مینماید

که از جمله اختلاطات مذکور انسداد بسیار عمومیت دارد که از سبب بند شدن لومن کولون بوجود میآید چون انسداد یك واقعه عاجل جراحی است بناءً باید به صورت عاجل عملیات گردد.

اختلاط دوم تثقب امعا است که بعضاً در ناحیهء تومور و بعضاً دورتر از آن صورت میگیرد

اختلاط سوم منتن شدن تومور و بوجود آوردن ابسی ها است.

اختلاط چارم metastas تومور است.

تشخیص تفریقي:-

1: کانسر کولون باید از SIGMOIDITIS تفریق گردد

2: بعضاً تومور های کلیه بالای کولون فشار آورده و در کلیشه رادیوگرافی با کانسر کولون مغالط شده میتواند

تداوي:-

تداوی آفت فوق عبارت از Left Hemicolectomy بوده که با آن عقدات لمفاوی مساریقه یکجا بر داشته میشود. و بعد Sig-moide همرای کولون مستعرض Anastomose میگردد اما در بعضی حالات نسبت مشکل بودن عملیهء فوق صرف ناحیهء تومور بر داشته میشود یعنی عملیهء Sigmental Hemicolectomy اجرا میگردد

کانسر های رکتوم

در کانسر های جهاز هضمی کانسرهای رکتوم بعداز کانسر های معده مقام دوم را اتخاز نموده است یك وصف مهم کانسر های رکتوم

این است که بسیار به زودی Metastase میدهد و از طرف دیگر این تومور ها در شروع هیچ نوع اعراض و علایم ندارد تا در باره تشخیص آن اقدام شود ازینرو اکثراً قبل ازینکه تومور تشخیص گردد metastase داده میباشد. ازین سبب تومور های رکتوم اکثراً سبب مرگ میشود.

تشریح مرض:-

کانسر های رکتوم در هر قسمت رکتوم بوجود آمده میتواند لاکن در امپولا رکتوم بسیار عمومیت دارد که کانسر های امپولای رکتوم تقریباً دو ثلث کانسرهای رکتوم را تشکیل داده، کانسر های که بالاتر از امپولا پیدا میشود بنام کانسر های Recto sigmoide یاد میگردد از نظر macroscopic تمام کانسر های رکتوم از نوع تقرحی و تنبتی میاشد اما از نظر microscpic این کانسر ها مثل کانسر های کولون از حجرات استوانوی اپیتل غشای مخاطی منشه میگیرد.

انتشار کانسر رکتوم:-

کانسر رکتم هم به صورت حلقوی و هم به صورت طولانی در جدار رکتوم انتشار مینماید اما انتشار آن به صورت حلقوی در جدار رکتم بسیار سریع میباشد و در ظرف یك سال تمام جدار رکتم را اشغال مینماید بعداً از جدار رکتوم به انساج محیط رکتم انتشار مینماید خصوصاً عضلات رافعهء را بسیار زود اشغال مینماید ازینرو در وقت عملیات باید عضلات رافعهء شرج قطع و دور گردد همچنان تومور به طرف قدام انتشار نموده در مرد ها مثانه و در

زنها محبل را استیلا مینماید همچنان عقدات لمفاوی ناحیوی توسط تومور اشغال میگردد و توسط سیستم لمفاوی به قسمت های دور عضویت انتشار مینماید.

تشخیص:-

از روی تاریخچه اعراض و علایم و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد

اعراض:-

1: نزف :-

تقریباً در تمام حالات موجود میباشد رنگ خون سرخ و تازه میباشد. نزف بسیار خفیف و بعضاً شدید میباشد.

2 : تغوط کاذب:-

این عرض هم بسیار عمومیت دارد مریض روزانه سه یا چار مرتبه تغوط مینماید لاکن چیزی خارج نمیشود ازینرو بنام تغوط کازب یاد میگردد در وقت تغوط صرف یك اندازه مخاط و خون خارج میگردد سبب تغوط موجودیت کتلهء توموری در رکتوم میباشد.

3 : موجودیت مخاط مصلی دموي:

مخاط مذکور در وقت تغوط کاذب خارج میگردد.

4 : موجودیت قبضیت و اسهال:

به صورت متناوب این عرض در مراحل بعدی تومور پیدا میشود تشخیص مرض تنها توسط اعراض فوق مشکل است باید از digital examination و Rectoscopy، معاینات رادیولوژیك

نیز استفاده شود.

سیر واختلاطات:

بعد از گذاشتن تشخیص اکثراً مریض زود فوت میگردد. و سبب مرگ metastas کانسر میباشد. خصوصاً metastase دماغ و جگر بعضاً تومور منتن گردیده و سبب Septicemia میشود که اکثراً سبب مرگ میگردد.

تشخیص تفریقي:

باید از colitiis و Recto colitiis تفریق گردد که برای تفریق از بیوپسی استفاده میشود.

تداوي:

توسط یك عملیات جراحی تومور همرای عقدات لمفاوی ناحیه وی و انساج محیط تومور خصوصاً عضلات رافعه‌ء شرج همه برداشته شده و دور میگردد. و نظر به موقعیت کانسر از عملیات Amputation Resection و عملیات Hartman استفاده میگردد.

تومورهای سلیم کولون و ریکتم

تومور های سلیم کولون و ریکتم عبارت اند از fibroma, lipoma و پولیپ ها و بعضی تومور های سلیم دیگر میباشد که از نظر تداوی اهمیت زیاد دارد زیرا این تومور ها اکثراً با کانسر کولون تفریق شده نمیتواند و باید به حیث کانسر کولون تحت تداوی گرفته شود ما درینجا از پولیپ های کولون بحث مینمایم.

پولیپ های ریکتم و کولون:-

این پولیپ ها در تمام امتداد جهاز هضمی پیدا شده میتواند اما

تولید فشار گردیده که فشار مذکور سببAnoxia, Collaps و Pneumonia شده میتواند و حتی بعضاً سبب انسداد امعاء می گردد. از اینرو در این قسم حالات باید کیسه باز نگردیده و محتوی آن رد نگردد و عوض ان روی کیسه توسط پیوند جلدی پوشانیده شود واگر کیسه بسیار کلان باشد و شریحه های پیوند جلدی آنرا پوشیده نمیتواند باید در دو طرف ستون فقرات در حذای ناحیهء قطنی شق سست کننده (Relaxing incision) اجراء گردد و اگر با این هم کیسه لچ بماند از پوست پدر مریض استفاده شود. (Skin Homogrft) به عقیده من در افغانستان طریقه Grob بهتر خواهد بود. در این طریق از تداوی محافظه کارانه استفاده می شود یعنی در این طریقه برای چند هفته کیسه از منتن شدن و ترکیدن محافظه می شود تا در این وقت آهسته آهسته جلد از محیط کیسه پیش آمده و کیسه توسط epithelization جلد محیط کیسه پوشانیده شود. به این ترتیب مرحلهء اول تداوی ختم گردیده بعد برای ۶ماه تا دوسال انتظار کشیده می شود تا جوف بطن کلان گردد و محتوی کیسه فتقیه را در خود جا داده بتواند. قبل از شروع عملیات دورهء دوم باید برای یك هفته Pneumoperitonium اجرا گردد و مریض بیسار کم غذا بخورد قبضیت آن ذریعه مسهلات رفع گردد Pneumoperitonium نه تنها اینکه سبب توسع جوف بطن می گردد بلکه سبب Collaps امعاء گردیده و اذیمای آنرا از بین می برد. از اینرو قبل از عملیات باید چند بار Pneumoperitoni

پولیپ های کولون دارای بعضی خصوصیات میباشد که آن استحاله خبیث پولیپ های این ناحیه است. پولیپ های کولون در سن ٤٠-٥٠ سالگی بسیار عمومیت دارد و در مرد ها ٦٠٪ و در زنها تقریباً ٤٠٪ وقایع را تشکیل میدهد.

تشریح مرض:-

دو قسم پولیپ موجود است یکی پولیپ های سویق دار یا Pedicule و دیگر پولیپ های که قاعده وسیع دارد که بنام Sessile polyps یاد میگردد از نظر هستولوژی پولیپ های مذکور از حجرات استوانوی اپیتل غشای مخاطی منشه میگیرد و از نظر توپوگرافی در چکم ۲٪ در کولون مستعرض ۱٪، در زاویه طحالی ٦٪ در کولون نازل و sigmoid ۱۸٪ و در ریکتم ۷۳٪ میباشد.

پولیپ های مذکور بعضاً واحد و بعضاً منتشر میباشد پولیپ واحد آنقدر به خباثت استحاله نمی نماید لاکن پولیپ های منتشر بسیار زیاد به خباثت استحاله میثماید همچنان پولیپ های که سویق دارد کمتر به خباثت استحاله مینماید و پولیپ های که قاعده وسیع دارد چانس خباثت آن بسیار زیاد است.

به صورت عمومی تومور های کولون به پنج بخش جدا گردیده.

1: Polypoide adenoma:

این پولیپ ها از جمله پولیپ های حقیقی امعای غلیظ بوده یعنی از حجرات استوانوی اپیتل غشای مخاطی منشه اخذ میدارد و در جملهء پولیپ های کولون بسیار عمومیت دارد.

:Villous adenoma : 2

این یك وتیره ضخاموی منتشر غشای مخاطی بوده و در ٤٠٪ وقایع به خباثت استحاله مینماید.

:Mucous polyposis : 3

در هر قسمت کولون پیدا شده میتواند چانس خباثت ندارد اما سبب نزف وخیم شده میتواند و بسیار زیاد مخاط افراز مینماید.

:Pseudo polyposis :4

عبارت از پولیپ های کاذب بوده که از سبب اختلاط ulcerative colitis بوجود میآید.

:Familial polyposis :5 در زنها و مردها به اندازه مساوی دیده میشود و اکثراً تمام اعضای فامیل مصاب میگردد در ٦٠٪ وقایع به کانسر تبدیل میگردد.

تشخیص:

از روی تاریخچه اعراض ، علایم و معاینات رادیولوژیك وضع میگردد.

اعراض و علایم:

اکثراً مریض ازسبب نزف و مخاط به داکتر مراجعه مینماید نزف رنگ سرخ دارد و مخاط آن به شکل بلغم میباشد مریض بعضاً تغوط کازب اسهال و قبضیت متناوب میداشته باشد. و در بعضی حالات پولیپ از مقعد بیرون خارج میگردد که بنام Prolaps پولیپ یاد میگردد برای اینکه تشخیص به صورت درست وضع گردد برعلاوه اعراض فوق باید معاینات Sigmoidoscopy, Proctoscopy

و Digital examination نیز استفاده شود و در صورت لزوم از پولیپ Biopsy گرفته شود. برای تشخیص درست باید داکتر معالج به سوالات ذیل جواب پیدا نماید.

1- آیا پولیپ واحد است یا متعدد که برای معلوم نمودن آن از Rectoscopy استفاده میشود.

2- آیا پولیپ سویق دار است و یا قاعده وسیع دارد.

3- آیا پولیپ خباثت کسب کرده و یا به حال اصلی خود است.

4- آیا پولیپ با تماس خون میدهد و یا خیر؟ البته پولیپ های خون دهنده، خصوصاً که در سطح آن قرحه ها تشکل نموده باشد بسیار زیاد به خباثت استحاله مینماید.

5- آیا قاعده پولیپ نرم است و یا سخت در صورتیکه قاعده پولیپ سخت باشد چانس خباثت بسیار زیاد است.

تداوی:-

تداوی تومور های کولون و ریکتم به پنج نوع است

1: در صورتیکه پولیپ کوچك بوده و کدام اختلاط نداشته باشد پولیپ به صورت ساده از قاعده آن قطع و دور میگردد.

2 : laparatomy:- درین صورت بطن باز گردیده و پولیپ به صورت وسیع برداشته میشود .

3: Resection:- درین صورت پولیپ همرای یك قسمت کولون یکجا برداشته میشود.و سطوح مقطوعه کولون باهم anastomos میگردد.

4: Amputation:- درصورت که اشتباه خباثت بسیار زیاد

باشد به شکل کانسر رکتوم Amputation رکتم اجرا میگردد.
5: Colectomy Amputation: در صورت که polyposis منتشر موجود باشد Amputation رکتم و Colectomy اجرا میگردد

کانسر های قنات مقعدي

کانسر های قنات مقعدی از کانسر های رکتم و کولون یك اندازه فرق دارد فرق اول آن این است که کانسر های قنات مقعدی بر خلاف کانسر های رکتم و کولون در مقابل شعاع حساس است فرق دوم آن این است که metastase. کانسر های قنات مقعدی از طریق شریان استحیائی باطن به عقدات مقبنی میرسد ازینرو در وقت عملیات باید عقدات لمفاوی مقبنی کشیده شود فرق سوم آن این است که کانسر های قنات مقعدی از اپیتل متطبق منشه میگیرد در حالیکه کانسر های رکتم و کولون از حجرات استوانوی اپیتل غشای مخاطي منشه میگیرد

یعنی کانسر قنات مقعدی squamous cells carcinoma میباشد اما در قنات مقعدی به یك فیصدی کم Melanoma, Adenoma Carcinoma و Basalcell carcinoma نیز بوجود می آید.

تشخیص:-

از روی تاریخچه معاینات سریري، معاینات رادیولوژیك و معاینات پتالوژیك وضع میگردد از نظر سریری مریض از درد، نزف

و tenesmus شاکی میباشد و بعضاً مریض از سبب موجودیت یك کتله در قنات مقعدی به داکتر مراجعه مینماید. درد اکثراً کم بوده ازینرو با بواسیر مغالطه میشود tenesmus عموماً در وقت تغوط موجود میباشد، بعضاً کانسر تقرح نموده سبب نزف میگردد و در بعضی حالات منتن گردیده سبب تشکل ابسی میگردد.

تشخیص تفریقی:-

باید کانسر های قنات مقعدی از تضیقات که در اثر توبرکلوز بوجود میآیدو هم چنان از Nicolafever, syphilis باید تفریق گردد.

تداوي:-

در مرحله شروع آفت صرف تداوی شعاعی کفایت مینماید یعنی باید به قنات مقعدی و عقدات لمفاوی مقبنی هر دو شعاع داده شود. اما در حالاتیکه کانسر پیشرفت نموده باشد تداوی شعاعی نتیجه نمیدهد باید Amputation رکتم اجرا گردد و عقدات لمفاوی مقبنی باید کشیده شود البته با تداوی جراحی فوق تداوی شعاعی نیز یکجا اجرا میگردد. لاکن در حالاتیکه کانسر بسیار پیشرفت نموده باشد واختلاطات هم داده باشد از تداوی محافظه‌کار استفاده میشود یعنی عملیات Hertmen اجرا میگردد.

Granulomatous Colitis

این مرض بنام هـــای Idiopathic ulcerative colitis, sigmental colitis, Regional migratory ulcerativeco-litis, Regional enteritis نیز یاد میگردد.

این آفت میتواند تمام کولون را اشغال نماید مگر اکثراً کولون راست را مصاب میسازد در ۴۰٪ واقعات ریکتم را نیز مصاب میسازد. اتیولوژی و Pathogenesis این مرض با Regional enteritis کاملاً شباهت دارد ازینرو به تکرار دو باره آن ضرورت نیست.

پتالوژی:-

در معاینهٔ با چشم دیده میشود که جدار کولون ماؤف، ضخیم، احمراری و Granular میباشد، و نیز در طبقه Submucosa یك نوع نودول های کوچك سفید رنگ قابل مشاهده میباشد.

جدار ضخیم و فبروتیك کولون قوام را بری میداشته باشد. لومن قسمت ماؤف از سبب ضخیم شدن جدار آن بسیار متضیق میباشد. غشای مخاطی قسمت ماؤف در بعضی قسمت ها یك نوع قرحه های مخصوص میداشته باشد.

در معاینهء Microscopic حجرات التهابی خصوصاً لمفوسیت ها و plasmacell بسیار دیده میشود همچنان در جدار کولون فبروزس موجود میباشد. در granule ها حجرات Longerhans تیپ عظمی و حجرات Epitheloide مشاهده شده میتواند. اما Caseastion موجود نمیباشد.

اعراض وعلایم:

از نظر سریری مریض روز بروز وزن خویش را از دست میدهد و از اسهالات و دردهای کرامپی شاکی میباشد. در بعضی حالات

نادر مریض درد بطن داشته و مواد غایطه آن خون را احتوا مینماید.

تشخیص:-

چون این مرض از یك سو با ulecerative colitis و از سوی دیگر با Regional enteritis بسیار زیاد شباهت دارد باید با استفاده از تمام امکانات این آفت را از دو مرض فوق جدا و تفریق نمائیم که به صورت عموم تاریخچه، معاینات سریري، لابراتواری و رادیولوژیك برای تفریق این سه آفت کافی است.

اختلاطات:-

اختلاطات بسیار عمده این مرض پیدا شدن فستول ها است شده میتواند فستول در بین قسمت ماؤف و سالم پیدا شود و یا اینکه در قسمت ماؤف، همچنان شده میتواند فستول به جلد باز گردد یا به مثانه، عجان و یا مهبل.

تضیق و تثقب کولون نیز از جمله اختلاطات این مرض است اما آنقدر عمومیت ندارد

تداوي:-

تداوی داخلی این آفت مثل تداوی idiopathic ulcerative colitis میباشد اما استعمال ستروئید ها درینجا چندان مؤثر نیست ازین سبب درینجا عموماً از مداخله جراحی استفاده میشود.

Endometriosis

در عملیات جراحی قسمت ماؤف برداشته شده و دو نهایت مقطوعه امعا باهم Anastomose میگردد و یا اینکه از

colostomy مؤقتی و یا دایمی استفاده میشود این اصطلاح در حالاتی استعمال میگردد که یك انـدازه نـسج رحم به صـــورت Ec-topic در خارج رحم موجود باشد. نسج Ectopic رحم در هر قسمت عضویت یافت شده میتواند اما به خاطری این آفت را در بخش امراض کولون مطالعه میکنیم که نسج Ectopic رحم در کولـــون بســـیار عـــمومیت دارد و از طرف دیـگر این آفت با Carcinoma کولون بسیار زیاد مغالط میشـود ازینکه نـــسج Ectopic رحم به چه قسم در خارج رحم بوجود میآید تا هنوز به صورت واضح دانسته نشده درین باره نظریات مختلف موجود است که ذکر آنرا درینجا لازم نمیدانیم اگر به معلومات بیشتر ضرورت داشته باشید به کتاب جراحی بطنی تالیف اینجانب مراجعه نمائید.

پتالوژی:-

نسج رحم که به صورت Ectopic در کولون موجود باشد هم به صورت †Macroscopicوهم به صورت†Micrscopic به صورت واضح قابل دید میباشد همچنان این نسج Ectopic با رحم در عادت ماهوار یکجا سهم میگیرد و یك نوع کیست های پر ازخون را بوجود میآورد که بعداً این کیست ها تمزق نموده و محتوی آن در داخل کولون آزاد میگردد که سبب تخریش کولون میگردد که این تخریشات مکرر آهسته آهسته سبب فبروز جدار کولون میگردد از طرف دیگر حجرات نسج رحم در قسمت های دیگر کولون غرس گردیده و در نتیجه وتیره‌ء فبروتیك کولون آهسته وسعت و

وخامت کسب مینماید.

نسج Ectopic رحم در قسمت های که به رحم نزدیك واقع اند مثل مبیض ها، Sigmoid colon، رکتم و رباط مدور زیاد عمومیت دارد.

بعضاً بنام نسج endometrioma یاد میگردد.

اعراض و علایم:-

بعضاً اعراض صرف در وقت عادت ماهوار بوجود میآید اما در برخی اشخاص اعراض قبل از عادت ماهوار نیز موجود بوده مگر در اثنای عادت ماهوار شدت و وخامت اختیار مینماید. اعراض که بسیار عمومیت دارد عبارت اند از درد رکتم در وقت تغوط، قبضیت، اسهال، درد قسمت های سفلی بطن، tenesmus بی نظمی عادت ماهوار یا dysmenorrhea و بالاخره توسع بطن، دلبدی و استفراقات. آفت بعضاً سبب انسداد قسمی و حتی بعضاً سبب انسدام تام نیز میگردد.

تشخیص:-

از روی اعراض ، علایم، معاینات رادیولوژیك، معاینات پتالوژیك و تاریخچه وضع میگردد. تاریخچه درد های پیریودیك در وقت عادت ماهوار و یا شدت درد های مذکور در زمان عادت ماهوار با تشخیص بسیار کمك مینماید.

اگر انگشت داخل مقعد و یا رحم گردد یك نوع granule ها قابل جس میباشد و در sigmoidoscopy نسج Ectopic رحم

قابل دید میباشد.

تداوي:-

در صورت که اعراض بسیار خفیف باشد به تداوی هیچ ضرورت نیست اما در حالاتیکه اعراض شدید باشد به تداوی اقدام میگردد.

در مرحله اول کوشش میشود که اعراض به صورت محافظه وی توسطBirth control pill تحت کنترول آورده شود به ادویه ضد حاملگی از ٦-٩ ماه دوام داده میشود که توسط این تداوی امکان دارد اعراض تخفیف و یا معدوم گردد.

در حالاتیکه با تداوی فوق اعراض تخفیف نیابد و یا با کانسر کولون مغالط گردد و یا اینکه اعراض انسداد موجود باشد به تداوی جراحی اقدام میشود. در اثنای عملیات نظر به نوع واقعه امکان دارد صرف Endometrioma قطع و دور ساخته شود و یا اینکه با Endomtrioma یك قسمت کولون نیز قطع و دور گردد.

Fecal impaction

این اصطلاح به حالاتی استعمال میگردد که مواد غایطه در داخل ریکتم ویا کولون دمه و خشك گردد یعنی زمانی که موادغایطه در داخل رکتم و یا کولون ترانزیت طبعی و نورمال خویش را از دست بدهد و برای یك مدت در بین کولون و یا رکتم متوقف و بند گردد آهسته آهسته آب خود را از دست داده و خشك میگردد که این حادثه بنام Fecal impaction یاد میگردد.

زمانیکه مواد غایطه داخل رکتم و یا کولون متوقف گردد از یك

um اجرا گردد و آخرین Pneumoperitonium باید در روز عملیات اجرا گردد. بعد بمرحله دوم عملیات اقدام شود که البته عملیه دوم عملیات مثل فتق های عادی صورت میگردد.

Infantile Umbilical Hernia

عبارت از فتق ها یست که از یك defect بسیار کوچك سره بوجود میآید. در این فتق ها کیسه فتقیه توسط جلد پوشیده می باشد(بر خلاف Omphalocele) همچنان محتوی فتق باکیسهٔ فتقیه التصاق داشته می باشد. فتق های فوق اکثراً هیچ اعراض ندارند و عموماً تا زمانیکه طفل یکساله میگردد. خود بخود بسته می شود.

تداوي:

در صورتیکه فتق های مذکور تاسن یك سالگی مسدود نگردد به تداوی آن اقدام می شود طوریکه یك شق مستعرض در سرحد سفلی سره اجرا گردیده و بعد از یافتن کیسه فتقیه محتوی آن رد و کیسه قطع بسته می شود (بعد از بسته کردن کیسه فتقیه حبل سروی هم دوخته میشود.)

فتق های جدار بطن:

تعریف فتق:

فتق عبارت ازdefect تشکلات صفاقی و MusculoAponeurotic جدار بطن است و یا اینکه فتق عبارت از بر آمدن و یا خارج شدن (Protrusion) احشای بطن است از

سو آب آن توسط غشای مخاطی امتصاص گردیده و خشك میشود از طرف دیگر بالای مواد آن غایطه دیگر جمع گردیده اهسته آهسته حجم و وسعت آن زیاد میگردد که به این صورت بعضاً یك کتله مدور و بعضاً چندین کتله مدور بوجود میآید.

اتیولوژي:-

برای بوجود آمدن آفت فوق قبضیت های مزمن ،Megacolon، استعمال مواد باریوم برای گرفتن رادیوگرافی امعا ، استعمال بعضی ادویه ها ، جروحات درد ناك رکتم و کولون،. امراض دردناك مقعد مثل بواسیر منتن شده، بواسیر ترومبوز شده، ابسی های محیط مقعد،فیسورانل وغیره سبب شده میتواند.

اعراض وعلایم سریري:-

اعراض سریری این آفت نظر به واقعه فرق میکند در بعضی حالات مریض زود زود به رفع حاجت میرود،امابعد از رفع حاجت نه احساس تغوط از بین میرود و نه احساس پر بودن رکتم درین قسم حالات مریض زود زود به رفع حاجت میرود و در هر دفعه رفع حاجت یك مقدار بسیار کم مواد غایطه نرم خارج میگردد و مواد غایطه خشك شده در رکتم و کولون به حال خود باقی میماند یعنی درینجا مواد غایطه نرم از محیط مواد غایطه، خشك شده پائین گردیده و خارج میگردد اما احساس تغوط و احساس پر بودن رکتم به خاطری از بین نمیرود که کتله مواد غایطه خشك شده در رکتم باقیمانده و خارج نشده است (عکسه تخلیه کولون و رکتم به صورت

دوامدار موجود است ازینرو احساس تغوط به صورت دوامدار باقی میماند).

در یك تعداد وقایع دیگر کتله مواد غایطه خشك شده تمام لومن یاجوف رکتم و کولون را بند نموده میباشد که درین صورت احساس تغوط موجود اما چون تمام لومن امعا توسط کتله مواد خشك شده مسدود گردیده بناءً مواد غایطه نرم که از بالا پائین میگردد از دور و پیش کتله خشك شده خارج شده نمیتواند ازینرو درین قسم حالات مریض به رفع حاجت میرود اماموا‌د غایطه قطعاً خارج نمیگردد. که درین صورت آهسته آهسته اعراض انسداد در صحنه ظاهر گردیده و به تدریج شدت کسب مینماید.

در بعضی حالات دیگر که کولون و رکتم مریض حسیت خود را از سبب بعضی امراض مثلاً Paraphiegea, Spinabifida و غیره از دست داده باشد مریض احساس تغوط نمیداشته باشد که درین صورت صرف در صورت بروز اختلاطات اعراض اختلاطات بوجود میآید مثلاً انسداد و غیره

در بعضی حالات دیگر مریض دریك لوحه انسداد تام میخانیکی به شفاخانه مراجعه مینماید.

تشخیص:

بسیار ساده و آسان است صرف با معاینه انگشت به بسیار آسانی کتله مواد غایطه جس و تشخیص میگردد و در صورت که کتلهء های مواد غایطه بالاتر درکولون باشد از طریق جس بطن

تشخیص شده میتواند. همچنان کتلات مواد غایطه توسط رادیوگرافی ساده هم به آسانی تشخیص شه میتواند تاریخچه اعراض و معاینات Proctoscopy نیز با تشخیص کمک خوب نموده میتواند.

اختلاطات:

اختلاط این آفت خصوصاً در وقایع زیاد دیده میشود که مریض در اثنای تغوط، مواد غایطه نرم از محیط مواد غایطهء خشك شده خارج میگردد درین نوع اشکال مواد غایطه خشك شده برای مدت زمان زیاد جابجادر محل خود باقی میماند و سبب تخریش غشای مخاطی کولون گردیده و در نتیجه باعث نزف شدید شده میتواند و یا اینکه سبب تثقب و پریتونیت وخیم میگردد البته در صورتیکه کتلهء مواد خشك شده پائین در رکتم موجود باشد سبب نزف و در صورتیکه بالا در کولون موجود باشد سبب نزف و یا تثقب و پریتونیت میشود.

اختلاط مهم دیگر این آفت انسداد قسمی و یا تام امعا است.

تداوي:

نظر به اینکه اختلاط موجود است و یا خیر فرق مینماید در صورت که اختلاط مثل نزف انسداد، تثقب و غیره موجود باشد باید فوراً مداخله جراحی صورت بگیرد اما در حالاتیکه انسداد موجود نباشد هدف تداوی فقط و فقط خارج کردن مواد غایطه خشك شده است که برای این مقصد ابتدا 5cc یك فیصده Dioctyl sodium succinate به همرای 60cc روغن معدنی یکجا گردیده و از طرف

شب داخل رکتم میگردد و تمام شب در انجا گذاشته میشود تا که کتله خشك شده نرم گردیده و در وقت تغوط خارج گردد اگر به این وسیله خارج نگردید باید به مریض اماله Saline داده شود و اگر به این هم نشد بعداً کتله مواد غایطه توسط انگشت شکسته و خارج میگردد که این عملیه در زنها نسبت به مردها بسیار آسان است زیرا در زنها میتوانیم دو انگشت یك دست خود را داخل Vagine نموده و کتله مواد غایطه را بطرف پائین تیله نمائیم و انگشت دست دیگر خود را داخل مقعد نموده و کتله را خارج سازیم.

امراض جراحی مقعد و رکتم:-

اناتومي:

الف: قنات مقعدي:- قنات مقعدی قسمت آخری امعای غلیظ است که پائین تر از رکتم قرار دارد ، این قنات از Anorectal line شروع و به فوحهء مقعدی ختم میگردد به صورت عمومی از ۲-٤ سانتی متر طول دارد. قنات مقعدی توسط چنین پوست ستر گردیده که نه برایش پوست گفته میشود و نه برایش غشای مخاطي. اپیتل قنات مقعدی از Stratified squamous epithelium ساخته شد که اپیتل مذکور در حذای حافهء مسننه یا dentate morgih به اپیتل استوانوی مبدل میگردد.

قنات مقعدی توسط معصرهء داخلی، معصرهء خارجی، غشا یا صفاق حوصلی و عضلات رافعهء شرج یا Levatore ani تقویه گردیده است.

جدار قنات مقعدی از نهایات اعصاب حسی فوق العاده غنی

است قنات مقعدی توسط حافهء مسننه یا Dentate morgin از رکتم جدا گردیده است که این خط بنام -anorectal line, Pecti nateline و Mucocutaneous Junction نیز یاد میگردد. در غشای مخاطی رکتم به تعداد 6 یا 7 التوا وجود دارد که این التواأت در حذای رکتم به صورت طولانی سیر مینماید که بالاخره در حذای حافهء مسننه در anal papillae ختم میگردد. التواأت غشای مخاطی رکتم بنام -Columns of morgag ni یاد میگردد.anal papillae (Papillae of morgagni) یك نوع بارزه های کوچك کوچك اند که توسط پوست مخصوص قنات مقعدی پوش گردیده و رنگ خاسف ارغوانی دارد. که نوك های آن رنگ سفید دارد تعداد شان 2-6 عدد میباشد اما بعضاً هیچ موجود نمیباشد.

Papillae قنات مقعدی بعضاًمصاب التهاب گردیده و بعضاً Hypertrophy نموده باعث تخریش معصرهء مقعدی میگردد.

در حذای Papillae مقعد یك تعداد والوهای غشائی یا membrnous Valve موجود است که بنام anal Valve یا Valve of morgagni یاد میگردد. تحت قاعدهء این Valveها analcrypts (Crypts of morgagni) قرار دارد که به شکل قیف میباشد در بین این Crypts ها غدوات قنات مقعدی تخلیه میگردد. غدوات قنات مقعدی در پتالوژی امراض مقعد رول عمده دارد. خصوصاً انتانات این غدوات به بسیار سهولت از طریق قنات

های آن تابه Crypts ها میرسد و سبب Cryptitis میگردد. معصره، خارجی قنات مقعدی در قسمت سفلی قنات مذکور و معصره، داخلی در قسمت علوی این قنات موقعیت دارد.

رکتم:-

رکتم آن قسمت امعای غلیظ است که بین حافه، مسننه و Rectosigmoid junction قرار دارد. طول آن از 12-15cm بوده و جدار خلفی رکتم مقعریت عظم Cocyx و عجز را تعقیب مینماید جدار قدامی و جنبی نصف علوی رکتم توسط پریتوان پوش گردیده اما نصف سفلی رکتم توسط پریتوان پوش نه شده است درجدار غشای مخاطی رکتم سه بارزه وجود دارد یکی در علوی دیگر در متوسط و دیگر در سفلی که در تشکل این بارزه ها صرف غشای مخاطی رکتم رول نداشته بلکه طبقه، Submucosa و عضلات حلقوی جدار رکتم نیز رول دارد یعنی این بارزه ها از غشای مخاطی تحت مخاطی وطبقه، حلقوی عضلی جدار رکتم ساخته شده است.

جدار رکتم از نظر هستولوژی از طبقه، مخاطی، تحت المخاطی، عضلی و طبقه، مصلی ساخته شده است نهایت علوی رکتم که نزدیك sigmoid قرار دارد خورد و قسمت سفلی آن متوسع میباشد که بنام Ampulla رکتم یاد میگردد.

معصره های قنات مقعدی:

قنات مقعدی دارای دو عدد معصره می باشد یکی معصره خارجی که از عضلات مخططه ساخته شده ویك معصره، ارادی است

دوم معصره داخلی که از عضلات ملسا ساخته شده و غیر ارادی میباشد.

۱: معصرهء خارجی:

معصرهء خارجی یك معصره ارادی بوده و از عضلات مخطط ساخته شد است عضلات مخطط که معصره خارجی را ساخته به سه پلان قرار گرفته که عبارت از پلان تحت الجلدی پلان سطحی و پلان عمیق می باشد.

۱: الیاف عضلی که تحت جلد موقعیت دارد:

الیاف عضلی این پلان فقط در تحت جلد محیط فوحهء متعدی قرار دارند این الیاف به صورت حلقوی واقع بوده و کمی بطرف خلف وسعت نموده و با الیاف سطحی پلان سطحی کجا گردیده

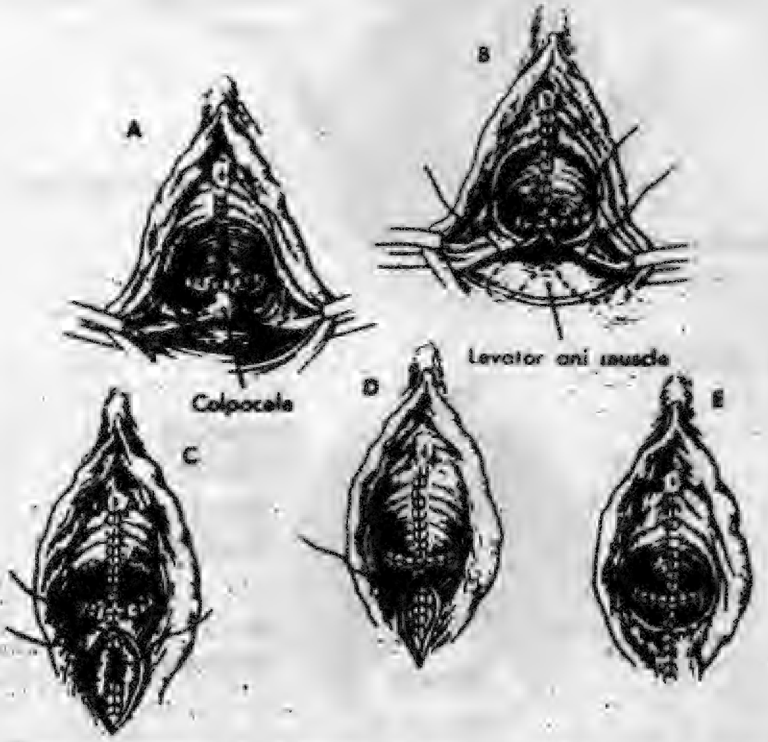
۲: پلان سطحی:

الیاف عضلی صفاق های این پلان از وجه خلفی و هر دو جناح عظم Coccyx نشئت بطرف قدام سیر نموده و یك قسمت معصره خارجی را تشکیل و در تقویه آن سهم میگیرد. شکل (۱۶-۱۷)

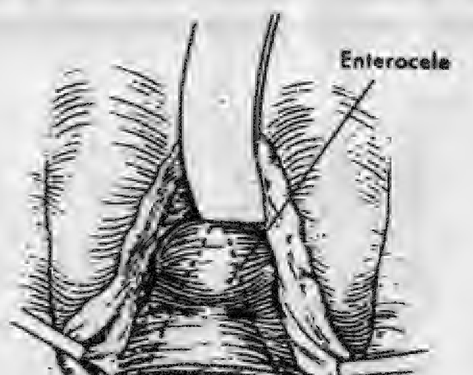
۳: پلان عمیق:

الیاف عضلی این پلان قسمت عمیق معصره خارجی مقعد را تشکیل داده الیاف آن به صورت حلقوی واقع بوده و هیچ ارتکاز عظمی ندارد.

شکل ١٦

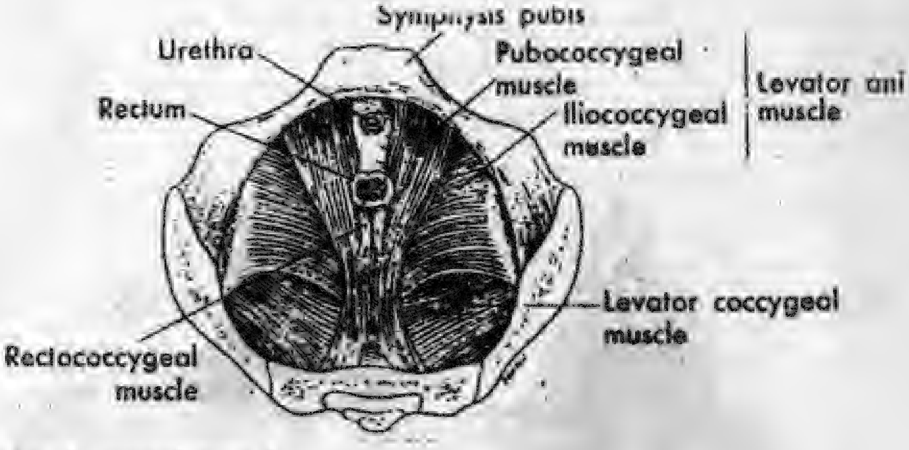


Repair of rectocele. A, Exposure of perineum and portion of posterior vaginal wall excised. B, Excess skin and excess portion of posterior vaginal wall excised up to vaginal vault. First suture placed in vaginal vault. C, Levator ani muscles brought together with interrupted stitches; Colles' fascia brought together over perineum. D, Perineum restored and Colles' fascia repaired with interrupted sutures. E, Skin of perineum closed.

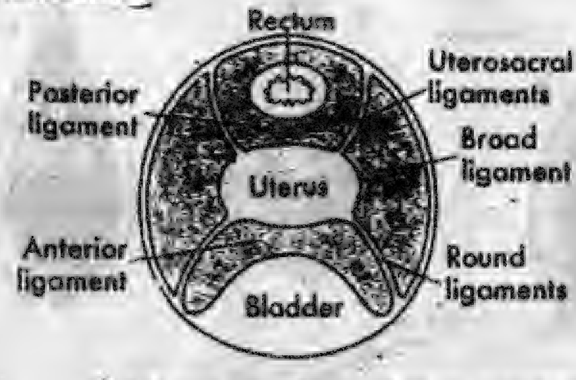


Exposure of enterocele. (From Counseller, V. S.: In Lowrie, R. J., editor: Gynecology: surgical techniques, Springfield, Ill., 1955, Charles C Thomas, Publisher.)

شکل ۱۷



Perineal musculature.[4]



Scheme to show relative positions of iterine ligaments formed by folds of peri- : two broad ligaments, double folds extend- uterus to side walls of pelvic cavity; two ral ligaments, foldlike extensions of peri- from uterus to sacrum; posterior ligament,

معصره داخلی:

معصره داخلی یك معصره غیر ارادی بوده و از الیاف عضلی جدار رکتوم ساخته شده یعنی این معصره در حقیقت از تمادی الیاف حلقوی جدار رکتوم ساخته شده که الیاف مذکور در قسمت علوی قنات مقعدی ضخامت کسب نموده و معصره غیر ارادی داخلی را تشکیل داده است معصره داخلی توسط معصره خارجی گرفته شده یعنی یك قسمت الیاف عضلی معصره خارجی بالای قسمت سفلی معصره داخلی قرار گرفته که این قسمت رنگ سفید داشته که بنام خط سفید Hilton یا Inter Sphinc teric line یاد میگردد.

اروای قنات مقعدی و رکتوم:

برای رکتوم و قنات مقعدی توسط شرائین ذیل خون میرسد.

۱: شریان بواسیری علوی:

شریان بواسیری علوی از شریان مساریقی سفلی منشه میگیرد و تا به رکتوم و قنات مقعدی میرسد . این شریان در قسمت های آخر به دو شعبه جدار میگردد.

۲: شرائین بواسیری متوسط:

شرائین بواسیری متوسط دو عد است که یکی آن از شریان Hypoqastric راست و دیگرش از چپ منشه گرفته و بالاخره بالاتر از غشای حوصلی به رکتوم میرسد.

۳: شرائین بواسیری سفلی:

این شرائین از شریان Pudendal داخلی منشه میگیرد و

محل طبیعی اش از طریق یك فوحهء ولادی یا کسبي. که به اساس تعریف فوق گفته میتوانیم که فتق دارای سه بخش است یکی کیسه فتقیه دوم فوحهء فتقیه و سوم محتوی کیسه فتقیه.

تعریف خوبتر فتق اینست که بگویم فتق عبارت از خارج شدن غیر نور مال یك ساختمان یا Structure است از یك فوحهء ولادی کسبی و یا طبیعی . زیرا فتق تنها خارج شدن احشای بطن از یك فوحهء ولادی یا کسبی نیست. بلکه زمانیکه هر ساختمان عضویت

از یك فوحهء ولادي، کسبی و یا طبیعی خارج شود به آن فتق گفته می شود. مثلاً زمانیکه فشار داخل قحف زیاد شود Cerabral tonsils در Foramen Magnum داخل می شود که این هم یك فتق است و یا اینکه زمانیکه پوست اطراف سفلي، علوی و یا تنه پاره گردد بعضی عضلات از قسمت پاره شده پوست خارج میگردد که این را هم فتق گفته میتوانیم. مگر اینرا هم باید فراموش ننمائیم زمانیکه کلمه فتق را بشنویم فکر میکنیم که احشای بطن از کدام فوحهء طبعی و یا کسبی خارج و یا داخل شده است.

تصنیف فتق ها :

برای فتق ها تصینف های مختلف وجود دارد :

تصنیف فتق ها از نظر موقعیت:-

در اینجا فتق در هر قسمت عضویت که موقعیت داشته باشد اسم همان محل را بخود میگیرد.، مثلاً فتق مقبنی، فتق سروی Diaphragmat-،Femorral Hernia ،Epigastric Hernia

کند گرچه ظاهراً در جدار بطن کدام زخم باز را تشکیل نداده اما اکثراً واقعات بسیار خطرناك وکشنده را بوجود میاورد. در اینجا چون در سطح جدار بطن کدام زخم دیده نمیشود لذا اکثراً داکترانیکه تجربه کافی ندارند اشتباه نموده و چنین فکر می نمایند که مریض کاملاً سالم است و آن را از اطاق عاجل رخصت می نمایند. در حالیکه امکان دارد ضربهء کندی که بجدار بطن وارد گردیده یك تعداد احشای داخل جوف بطن را شدیداً ماؤف نموده باشد مثلاً شده میتواند همین ضربه کند سبب ریچرکبد، طحال، معده، امعای رقیقه ویا غلیظه شده باشد که با رخصت کردن این مریض از اطاق عاجل بدون تشخیص و تداوی عواقب بسیار خطرناك و کشنده که حیات مریض را تحدید می کند بوجود آورده میتواند. از اینرو اکیداً هدایت داده می شود که باید تمام مریضانیکه ترضیض کند جدار بطن دارد در شفاخانه بستر و تحت مراقبت شدید و جدی گرفته شود و تا زمانیکه جراح اطمینان حاصل نکرده باشد که تمام احشای داخل بطن مریض سالم است و نزف داخل بطن وجود ندارد مریض را از مراقبت خویش دور نسازد. برای حصول این مطلب باید جراح از تاریخچه، معاینات فزیکی، معاینات لابراتواری و معاینات رادیولوژیك استفاده نماید. مثلاً اگر نزف داخل بطن موجود باشد اندازه هیموگلوبین و هیماتوکریت بسیار خوب کماه می کند (به شرطیکه از شروع نزف چند ساعت گذشته باشد) همچنان باید نبض و فشار مریض دیده شود. اگر خون ضایع شده باشد فشار مریض رو به سقوط و نبض

معصره های مقعدی و قنات مقعدی را اروا مینماید.

ورید های رکتوم و قنات مقعدی:

خون وریدی قنات مقعدی و رکتوم توسط دو ضفیره وریدی بطرف قلب عودت مینماید که عبارت از ضفیره ء وریدی خارجی و ضفیرهء وریدی داخلی میباشد. ضفیره وریدی خارجی پائین تر از حافهء مسننه و تحت جلد قرار دارد و توسط ضفیره وریدی خارجی خون وریدی معصرهء های مقعدی و قنات مقعدی به ورید بواسیری سفلی و متوسط تخلیه میگردد که بعداً به ورید Hypogastric و از آنجا به ورید اجوف سفلی میریزد.

ضفیرهء وریدی خارجی (ضفیرهء بواسیری خارجی) سبب بوجود آمدن بواسیر خارجی میگردد. ضفیرهء وریدی داخلی (ضفیرهء بواسیری داخلی) تحت غشای مخاطی قرار داشته و در نهایت سفلی رکتوم نزدیك به حافهء مسننه موقعیت دارد. ضفیرهء وریدی داخلی سبب بوجود آمدن بواسیر داخلی میگردد. ضفیره وریدی داخلی خون وریدی حافهء مسننه و قسمت سفلی رکتوم را جمع نموده و آنرا به ورید بواسیری علوی میرساند که از آنجا به ورید مساریقی میریزد و بعد از طریق ورید باب به کبد میرسد.

امراض قنات مقعدی و رکتوم:

قبل از آن که از امراض قنات مقعدی و رکتوم شروع نمائیم اول یك تعداد معاینات مثل-Rec (Proctoscopy) Rectoscopy, Anoscopy,

معاینه، Rectoscopy, sigmoido scopy, قنات مقعدی با انگشت و یك تعداد معاینات رادیو گرافی تا یك اندازه معلومات بدست آوریم.

۱ : پاك کردن قنات مقعدی و رکتوم از مواد غایط:

برای اینکه قنات مقعدی را به صورت درست معاینه نمائیم اول باید قنات مقعدی، رکتوم و سکموئید را از مواد غایط قرار ذیل پاك سازیم.

الف: رژیم غذائی:

در مریضانیکه میخواهیم در آنها عملیات های مقعد و یا رکتوم انجام بدهیم و یا اینکه معاینات †Rectoscopyویاanoscopy نمائیم باید کم از کم برای دو روز قبل از اجرای عملیات و یا معاینات به مرض رژیم مایع بدهیم

ب: ۲٤ ساعت قبل از عملیات برای مریض یك مسهل خفیف داده شود مثلاً ۲۵ گرام مگنیزیوم سلفات و یا ۸۰ گرام پاراپین و غیره

ج: اماله تخلیه وی:

اقلاً ۱۲ ساعت قبل از عملیات و یا معاینه باید برای مریض اماله داده شود

۲ : وضعیت دادن مریض برای معاینه:

میتوانیم مریض را به Leftlateral Position,

Kneechest Position, Position Lithotomy معاینه نمائیم.

۳: تفتیش مقعد:

برای اینکه موقعیت آفت به صورت درست تثبیت گردد فوحهء مقعد به مثل یك ساعت خوانده میشود طور مثال اگر به مریض وضعیت Knee Chest داده شده باشد ملتقای Coxygus ۱۲ بجه و ملتقای عانی ٦ بجه خوانده میشود و اگر به مریض وضعیت نسائی داده شده باشد اعداد فوق معکوس میگردد در اثنای معاینه باید جلد محیط مقعد و عجان خوب دیده شود که آیا کدام برامدگی، تغیر رنگ جلد، تورم جلد، موجودیت لکه ها، صباغات و غیره موجود است و یا خیر.

٤: جس:

با جس مقعد باید حساسیت، حرارت، موجودیت کدام کتله و غیره معلوم و موقعیت آن تعین گردد همچنان اگرکدام کتله موجود باشد نرم بودن، سخت بودن، حساس بودن و Flactuation آن معلوم گردد و نیز حجم و قوام پروستات تعین و دیده شود که حدود آن قابل تعین است و یا خیر و هم دیده شود که سطح آن لشم است و یا نودولیر.

٥: بیوپسی:

بعضاً ضرورت میافتد که از قنات مقعدی، رکتوم و یا سکموئید یك پارچه جهت معاینات پتالوژیکی گرفته شود که درین صورت باید ساحهء که از آن بیوپسی گرفته میشود خوب پاك گردیده و بعد

محل بیوپسی تعین و از آن پارچه گرفته شود.

٦: معاینات رادیولوژیك:

برای تشخیص امراض قنات متعدی، رکتوم و سکموئید معاینات رادیولوژیك چندان رول ندارد.

برای انجام معاینات رادیولوژیك رکتوم و کولون مریض قرار ذیل آماده میگردد.

الف: ٢٤ یا ٤٨ ساعت قبل از اجرای معاینهء رادیولوژیك برای مریض رژیم مایع داده میشود.

ب: ازطرف شب به مریض یك مسهل خفیف داده میشود.

ج: از طرف صبح قبل از اجرای X- Ray مریض یك یا دو بار اماله میگردد.

ترضیضات رکتوم:

١: تثقب ترضیضی رکتوم:

این آفت بسیار نادر است تداوی آن مثل دیگر تثقبات میباشد.

تشخیص:

از روی تاریخچه، اعراض، علایم و معاینات رادیولوژیك وضع شده میتواند.

در تشخیص این مرض خصوصاً رادیو گرافی به حال نشسته و یا استاده فوق العاده اهمیت دارد.

تداوی:

بهترین تداوی این مرض مداخله جراحی و ترمیم ساحه مثقوبه

میباشد بعد از ترمیم ساحه مثقوبه Proximal colostomy اجرا میگردد.

۲: Rectal prolapse :-

عبارت از سقوط غشای مخاطی رکتوم و یا تمام رکتوم است از فوحهء مقعدی.Rectal prolapse سه درجه دارد.

a: درجه اول:-

در صورتیکه صرف غشای مخاطی رکتوم پائین گردد بنام Prolapse درجه اول یا Prolapse نأتام یاد میگردد. درینجا غشای مخاطی قنات مقعدی و رکتوم از سبب سست بودن طبقهء Submucosa سقوط نموده میباشد.

Prolapse:b درجه دوم یا تام:

درین صورت قنات مقعدی ورکتوم به تمام ضخامت آن از سبب ضعیفی عضلات Perineal و صفاق های آن از فوحهء مقعد سقوط نموده میباشد.

Prolapse :c درجه سوم:-

عبارت از Intussusception قسمت علوی رکتوم است در قسمت پائینی که زروهء Intussusception ازفوحهء مقعد پائین سقوط نموده میباشد. هر سه درجه Prolapse فوق عموماً در اطفال و اشخاص پیر و ضعیف بسیار عمومیت دارد.

Rectal Prolapse در اشخاص بسیار دیده میشود که فشار جوف بطن آنها بسیار بلند رفته باشد مثلاً اشخاص که صرفهء مزمن

و دوامدار داشته باشد و یا اشخاص که قبضیت های دوامدار داشته باشد، تضیق اهلیل خلقی، تضیق عنق مثانه و یا ضخامهء پروستات داشته باشد. هم چنان اسهالات مزمن، حبن و تضیق اهلیل، بواسیر و پولیپ های مقعد در پیدایش Prolaps سهم بزرگ دارد.

اعراض:-

۱: ضعیف بودن عجان

۲: discharge مخاط

۳: احساس یك كتلهء بر آمده از مقعد

٤: Incontinence گازات و مواد غایط

آمدن خون همرای مواد غایط (در حالاتیکه غشای مخاطی زخمی شده باشد)

تشخیص:-

تشخیص بسیار ساده و آسان است صرف از روی تاریخچه و اعراض سریری وضع گردیده میتواند اما نقطهء که در تشخیص حایز اهمیت است این است که باید تشخیص گردد که Prolapse درجه اول است یا درجه دوم که برای این منظور باید به نقاط آتی توجه شود.

۱: در Prolapse تام یا درجه دوم غشای مخاطی پائین شده دارای التوآت حلقوی میباشد در حالیکه در Prolapse درجه اول التوآت غشای مخاطی پائین شده منظرهء شعاعی میداشته باشد.

۲: Prolapse ناتام یا درجه اول هیچ وقت از 5 cm زیاد تر

سقوط نمیکند در حالیه درProlapse درجه دوم طول Prolapse بسیار زیاد میباشد و نیز در Prolapse درجه دوم یا تام فتق جیب Rectovesical وRectouterine دیده شده میتواند.

۳: درProlapse تام ضخامت قسمت Prolapse شده نسبت به Prolapse درجه اول زیاد میباشد.

٤: در حالیکه Prolapse درجه اول مترافق با فتق باشد عموماً با اصغا در بالای قسمت Prolapse شده حرکات استداری امعا شنیده میشود (Bowel sound) و هم توسط فشار و مانوره ها فتق ارجاع شده میتواند.

تداوی:

۱: تداوی غیر جراحی:

در اطفال کوچك که Prolapse دارد کوشش شود که قبضیت و اسهالات طفل تداوی گردد هم چنان اگر بندش قسمی ادرار داشته باشد و یا صرفه های کرونیك داشته باشد باید تداوی و رفع گردد، حفظ الصحه و رژیم غذائی طفل درست ساخته شود تا مقاومت عمومی طفل یك انداه بالا برود و به طفل اجازه ندهد که بالای هر دو پای نشسته و رفع حاجت کند باید طفل در وقت تغوط به یك پهلو خوابیده تغوط نماید هم چنان کوشش شود که بعداز انجام تغوط هر دو سرین طفل با لوکو پلاست تایك اندازه نزدیك ساخته شود.

در اشخاص کاهل نیز باید کوشش شود با اصلاح رژیم غذائی آنها حالت عمومی مریض را بهبود بخشد، فشار داخل بطن آن کم

ساخته شود اگر انسداد قسمی ادرار داشته باشد تداوی گردد، قبضیت های مزمن، صرفه های مزمن، پولیپ های مقعدی و بواسیر همه اصلاح و از بین برده شود.

هم چنان در Prolapse درجه اول از مواد شکلروزانت (sclerosing solution) مثل فینول همرای روغن معدنی، Urea Hydrochloride پنج فیصد همرای Quinine وغیره محلولات سکلروزانت استفاده شود. هم چنان کوشش شود که در Prolapse درجه اول غشای مخاطی و تحت المخاطی با تولید نسج ندبی با طبقه عضلی تحت آن محکم کرده شود یعنی غشای مخاطی در چند قسمت سوزانده میشود تا نسج ندبیب به وجود آمده و طبقهء غشای مخاطی و تحت المخاطی باعضلات تحت انها التصاق نموده و محکم گردد.

تداوی جراحی:

در Prolapse درجه دوم یا تام در کاهلان فقط و فقط از تداوی جراحی استفاده میشود البته میتودهای مختلف موجود است که ما درینجا صرف از دو میتود ذیل بحث مینمائیم.

۱: **Thiersch operation**: درین عملیه در تحت جلد محیط مقعد (Subcutanous tissue) یك حلقهء سیمی یا نیلونی گذاشته میشود و یا اینکه از Fascialata به شکل فیته یك شریحه جدا گردیده بعد شریحهء مذکور به شکل یك حلقه در تحت جلد مقعد دوخته میشود. هدف این عملیه ا ین است تا فوحهء مقعد یك اندازه

تنگ ساخته شود تا به سقوط رکتوم اجازه ندهد.

۲: قطع نمودن قسمت Prolapse و بعد از قطع سطوح مقطوعه سفلی و علوی باهم دوخته میشود.

انتانات حویصل صزاوی، ضخامه پروستات، تومور پروستات وغیر باعث رکودت ورید های بواسیری و پیدا شدن Hemorroide میگردد.

Hemorrhoide

بواسیر

بواسیر عبارت از توسع اورده بواسیري فوحهء مقعدي و قنات مقعدي میباشد. یابه عباره دیگر زیاد شدن قطر ورید هاي ناحیهء anorectal بنام بواسیر یاد میگردد. طریکه از اناتومي میدانیم در حذاي قنات مقعدي و فوحهء مقعدي دو ضفیرهء وریدي وجود دارد که یکي آن تحت غشاي مخاطي و دیگرش در تحت جلد قرار دارد یعني یکي ضفیرهء علوي که تحت غشاي مخاطي واقع بوده و خون وریدي ساحه را به ورید هاي باسوري متوسط و علوي تخلیه مینماید دوم ضفیرهء سفلي که تحت جلد واقع و خون وریدي ساحهء مربوط خود را به ورید باسوري سفلي تخلیه مینماید.

تشریح‌مرض:

سه نوع Hemorroide وجود دارد خارجي، داخلي و مختلط

۱: خارجي: بواسیر خارجي عبارت از بواسیر است که در سرحد اتصال غشاي مخاطي و جلد مقعد بوجود مي آید یعني از حافهء

مسننه پائین قرار داشته و در اثنای تفتیش به خوبی قابل مشاهده میباشد.

۲: internal Hemorrhoid :

این قسم بواسیر در تحت غشای مخاطی قنات مقعدی موقعیت دارد یعنی بالاتر از حافهء مسننه واقع میباشد با تفتیش دیده نمیشود برای معلوم کردن آن باید از Anoscopy و یا Rectoscopy استفاده شود

۳: بواسیر مختلط: این نوع بواسیر هم تحت جلد و هم در تحت غشای مخاطی موقعیت میداشته باشد

Ethiology :

اتیولوژی بواسیر تا حال به صورت درست معلوم نیست تنها گفته میتوانیم که تمام عوامل و فکتور های که سبب بلند بردن intra abdominal pressur میگردد و یا اینکه همه عواملی که سبب فشار بالای ورید های بواسیری شود و رکودت ورید های بواسیری را بوجود بیاورد مثل کیست ها، هماتوم و التهابات در مجاورت ورید های بواسیری جریان وریدی را مختل میسازد و سبب رکودت ورید های مذکور میشود، هم چنان فشار ورید باب انتانات حویصل صداوی وضخامهء پروستات، تومور پروستات و غیره باعث رکودت ورید های بواسیری و پیدا شدن Hemorroide میگردد.

علاوه از رکودت وریدهای بواسیری بنیهء مساعد، ضعیف بودن جدار وریدی هم چنان چاقی و نشستن دوامدار بالای هر دو پای در

ic Hernia، Sciactic Hernia ، Obturature Hernia وغیره وغیره

۲- فتق های ولادي: (Congenital Hernia)

عبارت از فتق های است که در وقت ولادت موجود باشد. اما این یك تعریف مکمل گفته شده نمیتواند زیرا بعضاً در حجاب حاجز و یا جدار بطن بصورت ولادی defect موجود میباشد اما فتق چند هفته، چند ماه و حتی چند سال بعد بوجود میآید مثلاً فتق مقبنی غیر مستقیم که در حقیقت یك فتق ولادی است که از سبب خطای نشوونمای ولادی Tonica Vaginalis که خوب بسته نشده سبب فتق میشود اما این فتق بعضاً در زمان ولادت موجود و بعضاً بعد از چند ماه و حتی چند سال بوجود میاید.

۳- فتق های کسبي:(Aquired Hernia)

عبارت از فتق های است که بصورت کسبی بوجود میآید مثلاً Incisional Hernia فتق های داخلی (Internal Herna) وغیره

فتق های داخلی عبارت از فتق های است که داخل اجواف بدن بوجود می آید. مثلاً

Diaphragmatic Hernia، فتق های فوحهء Winslow و فتق های که در پاره گی های مساربقه بوجود می آید (وقتیکه مساریقه سوراخ گردد امعاء داخل قسمت سوراخ شده گردیده و فتق داخلی را بوجود میآورد.)

۵- فتق های خارجی (External Hernia)

به آن فتق های گفته می شود که از عضویت بیرون بوده به چشم

اثنای بعضی شغل های بخصوص وغیره در تولید بواسیر رول دارد.

اعراض:

۱: اعراض بواسیر خارجی:

مریض از خارشت و موجودیت یك و یا چند کتله شاکی میباشد کتلهء ها کوچك نرم و بیدرد میباشد اما زمانیکه کتلهء مذکور از سبب ترضیضات موضعی دچار Thrombosis گردد شدیداً دردناك میگردد و خارشت مینماید. Thrombosis مذکور آهسته آهسته Organize گردیده و تمام اعراض از بین میرود .و در قسمت کتله ندبه پیدا میشود. اما در بعضی حالات کتلهء ترومبوز شده تقرح نموده و تثقب مینماید و سبب نزف میگردد بعضاً منتن گردیده سبب تشکل ابسی میگردد.

۲: اعراض بواسیر داخلی:-

کتله های باسوری داخلی هم اکثراً هیچ اعراض ندارد ازینرو مریض نزد داکتر مراجعه نمیکند اما بعضاً حملات درد و خارش در آن پیدا میشود که در حدود یك هفته دوام داشته میباشد اما زمانیکه بواسیر داخلی اختلاط نماید مثل تقرح، نزف، ترومبوز و Prolapse دارای اعراض سریری وصفی میباشد.

اختلاط بواسیر داخلی:

بواسیر داخلی در سیر خود سبب اختلاطات زیاد شده میتواند مثل تقرح، نزف، Thrombosis، گانگرن ، Prolapse کتله بواسیری، infection تشکل ابسی محیط رکتوم، ابسی ناحیه

عجان، Pylephelebitis Portalpyemia وغیره

تشخیص:

بسیار ساده و آسان است صرف توسط معاینهء فزیکی تشخیص وضع شده میتواند اما چیزیکه بسیار اهمیت دارد باید تشخیص سببی بواسیر صورت بگیرد و سبب پیدا شدن بواسیر معلوم گردیده و از بین برده شود امروز اکثر مؤلفین به این عقیده اند که بواسیر یك عرض کدام مرض میباشد. ازینرو اشخاص که بواسیر دارد باید تمام معاینات سستمیك آن به صورت مکمل اجرا شود هم چنان قنات مقعدی و رکتوم توسط معاینات Sigmoido Scopy Recto scopy و Anoscopy و Rectosopy به دقت زیاد معاینه شود.

تداوی:

تداوی عمومی: ازین نوع تداوی عموماً در بواسیر درجه اول و دوم استفاده میشود همچنان در زنهای حامله از تداوی طبی استفاده میشود. در تداوی طبی کوشش میشود که قبضیت مریض با دادن رژیم غذائی و استعمال ملینات از بین برده شود اگر مریض اسهال داشته باشد باید علت آن پیدا و تداوی گردد مر یضانیکه از سبب تضیق اهلیل، تضیق عنق مثانه تضیق اهلیل خلفی adenom prostate بندش قسمی ادرار و غیره داشته باشد باید تضیقات مذکور تداوی شود و مریضانیکه صرفه های مزمن و دوامدار داشته باشد تداوی گردد همچنان مریضانیکه فشار ورید

باب دارد و یا اینکه اورده‌ء بواسیری آن تحت فشار بوده و رکودت ورید های بواسیری را بوجود آورده باشد باید علت آن پیدا و رفع گردد.

در تداوی طبی بعضاً از استعمال ادویه‌ء که سبب تولید Seclerosis میشود استفاده مینمایند که در بحث Prolapse از آن بحث نمودیم خصوصاً استعمال فینول ۵٪ همرای روغن معدنی به اندازه‌ء 2cc نتیجه بسیار خوب میدهد

تداوی جراحی:

در تداوی جراحی توسط یك عملیه جراحی کتله‌ء بواسیری قطع و یا از قاعده گره میشود که این عملیه توسط متود های مختلف صورت میگیرد مثلاً متود Mark.s Hemorrhoidectomy طریقه‌ء Park.s طریقه White head و غیره که ما درینجا از تکنیك های عملیات بحث نمي نمائیم اگر میخواهید در باره تکنیك های عملیات بواسیر معلومات کافی بدست آورید به کتاب جراحی بطنی تالیف اینجانب مراجعه نمائید.

اختلاطات : Hemorrhoidectomy

۱: نزف:

نزفیکه بعد از عملیات بواسیر در ۲٤ ساعت اول بوجود مي آید سبب آن معمولاً Hemostase خراب میباشد که برای تداوی آن باید مریض دو باره به اتاق عملیات برده شده و Hemostase دو باره اجرا گردد اما نزف های که بعد از یك هفته و یا ده روز پیدا

میشود سبب آن معمولاً لخشیدن گره های اند که برای -Hemo stase اجرا گردیده برای توقف دادن چنین نزف ها کوشش شود تا نزف مذکور توسط پارچه های گاز که تحت فشار داخل مقعد گذاشته میشود توقف داده شود و یا اینکه از یك نوع خریطه های رابری مخصوص استفاده شود به ترتیبکه ابتدا خریطهء مذکور داخل مقعد گردیده و بعد به اندازه مناسب پمپ کرده میشود که نزف را متوقف سازد.

۲: انتانات:

انتانات هم از جمله اختلات عملیات بواسیر است که بعد از تشخیص باید فوراً کوکهای غشای مخاطی گرفته شود تا قیح به صورت درست درىناژ گردد و هم به زودی نوعیت میکروب و حساسیت آن در مقابل انتی بیوتیك ها تعین و بعد انتی بیوتیك مذکور به مریض داده شود.

Analfissure :۳

این هم یك اختلاط عملیات بواسیر است که تداوی آنرا بعداً مطالعه فیسور های انل مطالعه خواهیم کرد.

Anal Stenosis :٤

– بعضاً در وقت عملیات پوست زیاد قطع و دور کرده میشود که چنین عملیات سبب تضیق مقعد میگردد که برای تداوی آن باید از عملیهء dilatation استفاده شود اگر با عملیهء dilatation تضیق رفع نگردید باید بعد از گذشتن شش ماه تضیق توسط عملیهء

جراحی اصلاح و رفع گردد.

۵: Anal incontinence

این اختلاط بسیار نادر بوده و در حالاتی که در عملیات بواسیر الیاف عضلی قطع شده باشد بوجوه میآید. البته الیاف عضلی قطع شده، معصره، مقعد آهسته آهسته توسط نسج ندبی دو باره باهم وصل گردیده و incontinence رفع میگردد و اگر -inconti nence اصلاح نشد باید معصره، قطع شده توسط عملیات جراحی دو باره ترمیم شود.

در حالات ذیل عملیات بواسیر استطباب ندارد:

۱: در صورتیکه کتله های بواسیر مصاب التهاب حاد باشد.

۲: در صورتیکه کتله های بواسیر مصاب Thrombose حاد شده باشد.

۳: در صورتیکه مریض تب و یا درد شدید قنات مقعدی داشته باشد.

٤: در صورتیکه وضع عمومی مریض به عملیات اجازه ندهد.

†Anal fissure یا Analulcer

عبارت از قرحه های است که در اتلام قنات مقعدی پیدا شده و تا به پوست مقعد ادامه داشته میباشد. این قرحه ها عموماً درد ناک بوده و با آسانی شفا نمیگردد. قرحه های مذکور در زنها بسیار عمومیت دارد.

اسباب:

۱: تقرحات کتلات بواسیری

۲: بعد از Thrombosis کتلات بواسیر اکثراً fissure Anal بوجود می آید

۳: بعضاً fistule Anal به fissure Anal اختلاط مینماید.

٤: پارازیت های قنات مقعدی خصوصاً Oxure سبب Anal fissure شده میتواند.

٥: خارشت های مقعد که بسیار خاریده شود بعضاً سبب Anal fissure میگردد.

تشریح مرضی:

در صورت که به مریض وضعیت Kneechest داده شده باشد فیسور عموماً در ساعت ۱۲ دیده میشود و در قسمت های دیگر fissure anal بسیار کم دیده میشود عمق. fissure بسیار کم بوده از ۱-۳ ملی متر و طول آنها از ۱۰-۱۵ ملی متر میباشد

اعراض:

از اعراض بسیار مهم fissure درد است که این درد خصوصاً در زمان رفع حاجت بسیار شدت پیدا میکند. که اکثراً در وقت تغوط یك اندازه خون تازه هم همرای مواد غایط خارج میگردد و در صورت که انتان هم موجود باشد علاوه از درد خارشت نیز موجود میباشد.

تشخیص:

تشخیص بسیار ساده و آسان است صرف با یك معاینهٔ دقیق فزیکی صورت گرفته میتواند که برای این منظور بعد از پاك کردن

قنات مقعدی و Rectum به مریض وضعیت Knee chest داده شده و Anoscopy اجرا میگردد.

تداوی:

نظر به اینکه fissure حاد است یا مزمن فرق مینماید در صورت که fissure حاد باشد در تداوی ازیك سو کوشش میشود که درد مریض توسط ملهم های انستیتیك دار از بین برده شود و از سوئی دیگر مقعد بسیار پاك نگاه داشته شود و بعد از هر تغوط باید داخل مقعد خوب شسته شده و بعد از ملهم های فوق گذاشته شود اگر با این تداوی نتیجه بدست نیامد از dilatation استفاده میشود و عملیه dilatation روز دو مرتبه تا به سه هفته ادامه داده میشود هدف از dilatation این است که کناره های قرحه با هم نزدیك گردیده و چانس التیام زیاد گردد زیرا به هر اندازه که معصره مقعد سپازم نماید کناره های قرحه از هم دور شده میرود و چانس شفا کمتر میگردد در حالیکه عملیه dilatation سبب رخاوت معصره مقعد میگردد

اگر fissure anal مزمن باشد تداوی فوق هیچ نتیجه نمیدهد برای تداوی این قسم fissure ها باید توسط یك عملیه جراحی فیسور قطع و دور ساخته شود یعنی زمین و کناره های فیسور به صورت مکمل قطع و دور میگردد اگر این عملیات هم نتیجه ندهد باید عملیات Sphincterictomy اجرا گردد که درین صورت از بین فیسور شق بطرف علوی بالا برده میشود و الیاف نصف سفلی

معصره داخلی قطع میگردد و به شق طرف خارج یعنی به طرف پوست محیط مقعد تا به سه سانتیمتر پائین امتداد داده میشود.

Fistul anal

فستول در حقیقت یك ساختمان مشابه پیپ و یا نل را میگویند و fistule anal به آن ساختمان یا سوراخی گفته میشود که در حذای مقعد به وجود آمده باشد و یك نهایت این سوراخ پایپ مانند از جلد محیط مقعد و نهایت دیگر آن ازغشای مخاطی قنات مقعد خارج شده باشد ازینرو گفته میتوانیم که fistul anal دارای یك فوحهء خارجی، یك فوحهء داخلی و یك مسیر میباشد.

چون میدانیم که فستول های مقعدی عموماً بعد از ابسی ها و انتانات نسج سست محیط مقعد و قنات مقعدی بوجود می آید ازینرو نظر به اینکه ابسی در کجا و به کدام سویه به وجود آمده و حجم ابسی به چه اندازه میباشد سیر، طول و موقعیت فوحه های آن در اشخاص مختلف از هم فرق میکند. زمانیکه ابسی محیط قنات مقعدی تشکل نمود فشار بلندی که در جوف ابسی موجود است از یك سو و تاثیر توکسین های میکروب ها و ischemia از سوئی دیگر باعث تخریب و انحلال نسج گردیده تا بالاخره از طریق جلد محیط مقعد بطرف بیرون را پیدا نماید و فوحه خارجی فستول را بوجود آورد.

که ازین فوحه به صورت دوامدار چرك به محیط، مقعد جاری میباشد یعنی در محیط مقعد draining sinus را بوجود میآورد

که بنام draining sinus محیط مقعد یاد میگردد اگر میکروب ها از ابسی analglands ازطریق کریپت هاي مقعد به نسج محیط مقعد رسیده باشد در حقیقت ابسی مذکور از طریق کریپت های مقعد با جوف مقعد ارتباط دارد که این ارتباط در حقیقت فوحهء ابتدائی یا داخلی فستول نامیده میشود و بعد زمانیکه ابسی به محیط قنات مقعد از طریق جلد محیط مقعد به طرف بیرون راه پیدا میکند فرحهء ثانوی یا خارجی فستول تشکیل میگردد اما بعضاً چنین میشود که ابسی عوض اینکه از طریق جلد بطرف بیرون تخلیه گردد از طریق کریپت ها بطرف جوف مقعد راه پیدا مینماید که درین صورت عوض fistul anal سینوس مقعد بوجود می آید و اینرا فستول گفته نمیتوانیم زیرا فستول باید دارای دو فوحه و یك مسیر باشد. قراریکه قبلاً گفتیم که موقعیت و مسیر فستول های مقعدی مربوط به موقعیت ابسی های محیط قنات مقعدی میباشد ازینرو موقعیت ابسی های محیط قنات مقعدی را قرار ذیل تشریح مینمائیم.

۱: ابسی هاي internal که عبارت اند از:

high inter muscular :a

low inter muscular :b

high sub mucosa :c

low sub mucosa :d

ابسی های چار قسمت فوق عموماً فستول های بین المعصره وی را بوجود می آورد.

۲: ابسی های External که عبارت اند از:

Pelvi Rectal :a

ischio Rectal :b

subcutanous :c

ابسی های سه قسمت فوق عموماً فستول های خارج معصره وی را بوجود می آورد.

۳: ابسی های مختلط مثلاً ابسی هاي

intermuscular ischio Reclal fistulous

ابسی های محیط مقعد در مرد ها نسبت بــه زنــها پنج برابر زیاد دیده میشود ابسیهاي مذکور به صورت عمومی از غدوات analglands منشه خود را اخذ مینماید و بعد از طریق کریپت ها به نسج محیط قنات مقعدی انتشار نموده و ابسی های محیط قنات مقعدی را میسازد غدوات analglands در مسافهء بین الیاف عضلی طولانی (longitodinal) و عضلات حلقوی (circular) موجود بوده محتوی این غدوات در کریپت های Morgagni تخلیه میگردد کریپت های Morgagni حافهء مسننه یا Pectineal line را تشکیل داده است.

Ethiology: قراریکه قبلاً ذکر گردید فستول های مقعدی از ابسی های نسج محیط قنات مقعدی بوجود میآید طوریکه در ابتدا کریپت های مقعدی توسط مواد غایطهء سخت تخریش و زخمی گردیده. بعداً در ساحهء تخریب شده انتان تأسس مینماید و در مرحله دوم انتان از کریپت ها به غدوات مقعدی انتشار نموده ابسی

دیده می شود و قابل جس میباشد.مثلا Femoral Hernia، Inguinal Hernia، Umbilical Hernia ، وغیره

۶- Reducible Hernia (فتق های قابل رد)

به آن فتق های گفته می شود که محتوی آن خود بخود ویا توسط مانوره ها دو باره ارجاع گردد.(رد گردد)

۷- Irreducibal Hernia: (فتق های غیر قابل رد)

به آن فتق های گفته می شود که غیر قابل رد باشد یعنی ما نتوانیم آنرا توسط مانوره دوباره ارجاع نمائیم. در اینجا وقیکه محتوی فتق داخل کیسه فتقیه گردد بعضاً وریدهای آن تحت فشار آمده و باعث رکورت وریدی محتوی آن می گردد که این رکورت وریدی باعث اذیمای محتوی فتق گردیده و در نتیجه محتوی آن ارجاع شده نمیتواند.

۸- Strangulated Hernia (فتق های مختنق)

به آن فتق های گفته می شود که جریان خون شریانی محتوی فتق قطع شده باشد یعنی فتق هائیکه محتوی آن دچار اختناق شده باشد بنام فتق مختنق یاد میگردد. این قسم فتق ها یك واقعه عاجل جراحی را تشکیل میدهد باید هر چه زود تر عملیات و محتوی فتق از اختناق آزاد گردد در غیر آن گانگرن خواهد شد.

۹- Incisional Hernia

به آن فتق های گفته می شود که در نسج ندبی شق عملیات

های anal glands را میسازد و در مرحلهء سوم انتان به نسج محیط قنات مقعدی رسیده و ابسی های محیط قنات مقعدی را میسازد (گرچه در بعضی حالات انتان از طریق سستم لمفاوی و دموی مستقیماً نیز به نسج محیط قنات مقعدی رسیده و سبب تشکل ابسی های محیط قنات مقعدی میگردد)

سیر قنات فستول انل:

قنات fistul anal اشکال مختلف دارد بعضاً سیر مستقیم، بعضاً سیر معوج و بعضاً شکل قوسی و منحرف داشته میباشد هم چنان بعضاً یك فوحهء داخلی و چند فوحهء خارجی و بعضاً برعکس یك فوحهء خارجی و چند فوحهء داخلی میداشته باشد و در بعضی اشکال هم چند فوحهء داخلی و هم چند فوحه خارجی دارد.

لوحه سریری:

ازنظر سریری مریض از درد مقعد و یا از درد محیط مقعد شاکی می باشد که این درد بعضاً به صورت دوامدار موجود بوده و بعضاً صرف در وقت رفع حاجت موجود میباشد. اندازه درد هم نظر به وضعیت ابسی و نیز اینکه آیا ابسی درنناژ گردیده و یا نگردیده فرق مینماید از طرف دیگر مریض از ترشح تنبان خود شکایت میداشته باشد بعضاً قیح خارج شده خون را نیز احتوا مینماید

معاینات فزیکی:

بعد از پاك کردن و آماده ساختن مریض برای معاینه باید از معاینات Anoscopy Digitale examination و بعضاً از

Rectoscppy استفاده شود در اثنای معاینه کوشش شود که ابتدا فوحهء خارجی دریافت گردد و بعد از طریق این فوحه یك پروب بسیار نرم که نوك آن هم بسیار لشم و کند باشد داخل گردد و توسط پروب مذکور به احتیاط تمام سیر فستول و فوحهء داخلی دریافت گردد اگر در وقت تیر کردن پروب احتیاط و دقت زیاد نشود و یا شخص بیتجربه باشد برای فستول فوحهء داخلی کاذب را بوجود خواهد آورد در حالاتیکه سیر فستول بسیار معوج باشد یافتن فوحهء داخلی نا ممکن است که درین صورت از داخل کردن هوا در فوحهء خارجي استفاده نموده و فوحهء داخلي را دریافت مینمائیم و یا اینکه از داخل کردن مواد ملونه در فوحهء خارجی فوحهء داخلی یافت شده میتواند.

برای دانستن درست سیر فستول بهترین طریقه این است که مواد کثیفه در فستول داخل و رادیوگرافی اخذ گردد.

تداوی:

چون میدانیم فستول های مقعدی یك محراق مزمن متقیح را تشکیل میدهد که ازین محراق به صورت دوامدار و یا به صورت متقطع چرك جریان میداشته باشد از تداوی انتی بیوتیك هیچ نتیجه بدست نمی آید و یا اینکه به صورت موقت برای چند وقت چرك متوقف و یا تنقیص می یابد و بعد دو باره به حالت اولیبر میگردد ازینرو بهترین تداوی فستول های مقعدی تداوی جراحی و کشیدن فستول است یعنی با یك مداخله جراحی تحت انستیزی Fistulotomy اجرا میگردد اما این عملیه بعضاً سبب قطع

عضلات معصره گردیده و باعث Incontinence دایمی و یا مؤقتی میشود. اگر در وقت عملیات صرف یك تعداد الیاف معصره یعنی یك قسمت معصره قطع شود Incontinence بوجود نمی آید و اگر تمام الیاف معصره قطع شود سبب Incontinence مؤقتی و یا دایمی میگردد. یك طریقهء دیگر این است که عوض fistulotomy یك رابر در فستول داخل شده و هر دو نهایت آن تا یك اندازه فشار بالای فستول گره کرده میشود و در هر هفته گره یك یك اندازه سخت تر میشود تا نسج بین گیره از سبب Ischemia نکروز نموده و گره خود به خود به افتد درین طریقه نقطه اساسی تداوی این است که داخل کردن این جسم اجنبی در فستول باعث تولید عکس العمل التهابی میشود و این عکس العمل التهابی باعث بوجود آمدن نسج ندبی گردیده و مجرای فستول از سطع به علوی در مدت فوق پر و مسدود میگردد و چون قطع الیاف معصروی هم به صورت تدریج صورت گرفته و به تدریج توسط نسج ندبی دو باره با هم وصل میگردد ازینرو incontinence بوجود نمي آید طریقه هاي مختلف دیگر نیز موجود است که ذکر آن درینجاضرور نیست اگر ضرورت داشته باشید به کتاب جراحی بطنی مراجعه نمائید

سوئی اشکال ولادی مقعد ورکتوم

imperforated anus

دراین سوئی شکل طفل بعد از ولادت مقعد داشته نمیباشد که این عدم موجودیت مقعد چند قسم و درجه های مختلف دارد.

:Simple imper forated Anuss

در این نوع سوئی شکل فوحهء قنات مقعدی صرف توسط جلد عجان و یا تضیق ولادی قنات مقعدی مسدود شده میباشد که این سوئی شکل هم چند درجه دارد بعضاً قنات مقعدی باز بوده و صرف فوحهء مقعد توسط جلد عجان مسدود شده میباشد بعضاً علاوه از جلد عجان که فوحه مقعد را مسدود کرده قنات مقعدی هم بند میباشد که قنات مقعدی هم در بعضی اشخاص به تمام امتداد خود مسدود میباشد و در بعضی اشخاص صرف قسمت سفلی قنات مقعدی یك اندازه مسدود میباشد هم چنان بعضی اشکال دیگر وجود دارد که فوحهء مقعدی کاملاً باز میباشد و بالاتر قنات مقعدی مسدود میباشد که این شکل بعضاً سبب مغالـطه نیز میشود خصوصاً که داکتر مریض را صرف توسط تقتیش معاینه نموده و از anoscopy استفاده نکرده باشد.

۲- complicated imper forated anus :

درین شکل علاوه ازینکه مقعد مسدود است بعضی فستول ها نیز همرای آن موجود میباشد مثلاً

a: imperforated anus همرای فستول مثانه.

b: imperforated anus همرای فستول رکتوم و اهلیل.

c: imperforated anus همرای فستول رکتوم و محبل.

d: imperforated anus همرای فستول محبل و مثانه.

e: بعضاً فستول به صفن باز گردیده که درین قسم حالات صفن

بسیار میپندد و از گازات و مواد غایط مملو میباشد.

تشخیص:

تشخیص بسیار ساده و آسان است صرف توسط معاینات فزیکی وضع شده میتواند اما چیزیکه بسیار اهمیت دارد این است که باید جراح بداند که مقعد صرف توسط جلد عجان مسدود شده و یا اینکه قنات مقعدی و حتی همرای قنات مقعدی نهایت سفلی رکتوم هم مسدود است و نیز باید داکتر بداند که صرف مقعد مسدود است و یا اینکه همرای بندش مقعد فستول هم است.

و اگر فسستول موجود است آیا فستول همرای مثانه ارتباط دارد یا همرای محبل و یا اهلیل.که برای دانستن اهداف فوق باید رادیوگرافی اجرا گردد و در وقت اجرای رادیوگرافی نقاط آتی در نظر گرفته شود.

۱: قبل از اجرای رادیوگرافی باید برای چند دقیقه طفل از هر دو پای اویزان گرفته شود تا هوای موجود در رکتوم بطرف قنات مقعد برود.

۲: باید رادیوگرافی یك یا یکنیم روز بعد از تولد گرفته شود تا درین مدت یك اندازه هوا در رکتوم پیدا شود اگر رادیوگرافی فوق فوراً بعد ولادت اجرا میشود از سبب نبودن هوا در رکتوم نتیجه نداده و داکتر به راه غلط رهنمائی میگردد.

۳: برای اینکه طول یا ضخامت بندش را به صورت درست اندازه نموده بتوانیم باید یك پارچهء سربی بالای جلد عجان چسپانده شود.

تداوی:

۱: نظر به اینکه imperforated anus ساده است یا اختلاطی همچنان ضخامت قسمت بند شده کم است یا زیاد فرق مینماید در حالاتیکه ضخامت قسمت بند شده از یکنیم سانتی زیاد باشد باید از Abdomino perinealAproach استفاده شود و اگر مسافه بند شده از یکنیم سانتی کمتر باشد عملیات از طریق عجان اجرا میگردد.

۲: در حالاتیکه همرای بند بودن مقعد فستول اهلیل و یا مثانه موجود باشد از Abdomino perineal Aproach استفاده میشود.

۳: در صورت که همرای بندش مقعد فستول قسمت علوی محبل موجود باشد از Abdomino perineal Aproach استفاده میشود و اگر فستول قسمت سفلی محبل موجود باشد از طریق عجان مداخله میشود.

از طرف دیگر عملیات Abdomino perineal Aproach به وضعیت طفل ارتباط دارد در حالاتیکه وضع عمومی طفل قناعت بخش بوده دیگر امراض قلبی وعائي و یاریوی نداشته باشد عملیات فوق در مرحلهء اول اجرا میگردد اما در حالاتیکه وضع عمومی مریض خراب بوده و آفات قلبی و عائی داشته باشد عملیات برای چند ماه به تعویق میافتد و برای طفل صرف Colost omy اجرا

میگردد زمانیکه حالت عمرص طفل اصلاح و به اندازه کافی وزن گرفت بعد عملیات Abdomino perineal Aproach اجرا میگردد.

Anal incotinence

عبارت از عدم کفایهء معصرهء مقعدی است یعنی Anal incontinence عبارت از حالت است که معصرهء مقعدی توان انرا نداشته باشد که جلو عبور گازات ومواد غایط را بگیرد. در صورت که معصره مقعدی نورمال باشد صرف در قسمت جلوگیری روغن های معدنی Paraffine و مخاط یك اندازه مشکلات داشته میباشد اما در صورت که معصره مقعدی به اندازه بسیار کم بی کفایتی داشته باشد در وقت Diarrhea یك انداز مشکلات داشته میباشد یعنی از عبور مواد در وقت اسهال به صورت درست جلوگیری کرده نیمیتواند اما در حالتیکه مریض مبتلا به عدم کفایهء وخیم معصرهء مقعدی باشد در تمام حالات مریض نمیتواند از عبور گازات و مواد غایط جلوگیری نماید.

:Ethiology

۱: قطع کردن الیاف عضلی معصره مقعدی به صورت تام در اثنای عملیات fistulectomy و یا انشقاق الیاف عضلی معصرهء مقعد در زمان ولادت مشکل.

۲: پیدا شدن نسج ندبی بسیار زیاد بعد از التهابات وعملیات ها که این نسج ندبی مانع تقلص الیاف عضلی معصرهء مقعدی

گردد.

۳: آفات اعصاب سستم عصبی مرکزی مثلاً Paraplegia وغیره

٤: آفات اعصاب معصره، مقـعدی در اثرضیضات، تسممات، Ischemia و انتانات.

٥: Rectal prolaps

٦: نبودن معصره به صورت ولادی

تشخیص:

تشخیص بسیار ساده و آسان بوده صرف توسط تاریخچه وضع شده میتواند.

تداوی:-

در حالات که عدم کفایه معصره، مقعدی از سبب Traumatic defect بوجود آمده باشد باید با در نظر داشت تمام شرایط معقم جرحه پاك گردیده و معصره دوباره ترمیم گردد. که باین منظور باید اول نهایات قطع شده دریافت گردیده و بعد مثل ترمیم و تر توسط سیم ترمیم گردد خیاطه های Catgut معمولاً ...تن میگردد.

در حالاتیکه فاصله بین نهایات مقطوعه زیاد باشد در مرحله، اول جرحه پاك گردیده و نهایات قطع شده همرای fascia محکم میگردد بعد در مرحله، دوم توسط عملیات دیگر معصره ترمیم میشود. معصره، هایکه در اثنای ولادت قطع ...ی باید فوراً بعد از

ولادت ترمیم شود. در حالاتیکه معصره موجود نباشد و یا فلج باشد از عملیات مختلف پلاستیکی استفاده میشود که درینجا از آن بحث نمینمائیم.

Anal stricture یا Analstenosis:

عبارت از تنگ بودن و یا تضیق مقعد است که توسط عوامل ذیل بوجود میآید

۱: کانسرهای قنات مقعدی: تمام کانسر های قنات مقعدی سبب تضیق میگردد.

۲: سوی اشکال ولادی:

۳: آفات التهابی مخصوص مثل gonorrhea، Iymphogranuloma venereum، توبرکلوز، actinomycosis، syphilis و مرض Hodgkin's وغیره.

٤: آفات التهابی غیر وصفی مثلاً ابسی های قنات مقعدی، ulcerative colitis، فستول وغیره.

٥: Spasm وتشنجات که از سبب آفات بسیار دردناك بوجود می آید مثلاً Anal fissure ، Psychosis وغیره.

٦: ترضیفات مقعد خصوصاً ترضیضات جراحی، ترضیضات کیمیاوی وغیره مواد مخرش.

- تشخیص:

بسیار آسان است صرف از روی تاریخچه وضع شده میتواند.

تداوی:

بعد از تشخیص باید سبب تضیق در یافت گردد زمانیکه سبب

تضیق پیدا شد در بارهء رفع آن اقدام میشود.

Pruritis Ani یا خارشت مقعد:

خارشت مقعد در جملهء آفات قنات مقعدی بسیار عمومیت دارد خارشت مقعد بسیار ناراحت کننده بوده. مریض بسیار مضطرب و بی صبر میباشد. خارشت های مقعد خصوصاً از طرف شب زیات دیده میشود.

اسباب:-

اسباب خارشت های مقعد بسیار زیاد است که در بعضی حالات سبب واضح میباشد اما در بعضی حالات دیگر سبب آن هیچ فهمید نمیشود. Anal fissure, Rectalprolaps پارازیت های قنات مقعدی خصوصاً Oxure و بعضی امراض جلدی ناحیه مثل Fangus, Psoriasis وغیره سبب خارشت مقعد شده میتواند هم چنان بعضی امراض عمومی مثلاً Diabet وغیره سبب خارشت مقعد میگردد.

تداوی:

تداوی این آفت سببی بوده باید اول سبب خارشت دریافت شود و بعد برای رفع آن اقدام گردد.

انتانات قنات مقعدی و محیط آن:

Cryptitis:-

التهاب کریپت های Morgagni بنام Cryptitis یاد میگردد. Cryptitis بعضاً در قنات مقعدی یك محراق انتانی دایمي را سبب میشود و یا اینکه سبب Pruritis Anal- fissure و یا

بوجود میآید یعنی یك نوع فتق های کسبی است. مثلاً وقتیکه یك شق جهت Laparatomy در جدار بطن اجرا گردد بعضاً از سبب ضعیفی مریض خصوصاً که فشار جوف بطن هم زیاد باشدو یا تارهای جراحی زود رشف گردد آهسته آهسته از اثر فشار جوف بطن صفاق های جدار بطن از هم دور گردیده و محتوی بطن پریتوان را در این مسافه تیله کرده و آهسته آهسته پیش رفته و خود را تحت جلد میرساند بعداً جلد را نیز تیله کرده و به شکل خریطه مانند مبدل میگردد که در آن محتوی جوف بطن جامیداشته باشد.

۱۰- فتق های رجعی: (Recurrent hernia)

به آن فتق های گفته می شود که بعد از عملیات کردن و ارجاع کردن دوباره بوجود میآید.

۱۱- Double Hernia:

بنامهای Pantalon Hernia (خرجین اسپ) و Saddal bag Hernia نیز یاد میگردد. به ان فتق های گفته می شود که فتق مستقیم وغیر متسقیم مقبنی در یك طرف مریض موجود باشد مثلاً در طرف راست مریض هم فتق مقبنی مستقیم و هم غیر مستقیم هر دو موجود باشد.طوریکه میدانیم شریان Epigastric سفلی فتق مستقیم وغیر مستقیم را از هم جدا کرده که در نتیجه آن هر دو فتق مثل خرجین اسپ بدو طرف شریان فوق قرار داشته میباشد.

۱۲- Triple Hernia:

اگر یك مریض در یك طرف خود فتق مخذی، فتق مقبنی مستقیم

سبب Ischio rectal Abscess میشود. چون میدانیم فقط در نزدیك حافهء مسننه ـ Anoderm یك نوع التوأت بسیار نازك نازك تشكیل داده كه بنام Semilunar valve یاد میگردد كه در قسمت قاعده این Valveها یك تعداد جیوب كوچك كوچك غشای مخاطی وجود دارد كه بنام Crypts of Morgagni یاد میگردد درین كریپت ها محتوی قنات هاي Anal glands تخلیه میگردد و در كریپت های فوق جمع میگردد وعبارت از یك نوع مخاط است كه قنات مقعدی و مقعد را چرب نگاه می دارد تا از تخریش مواد غایط در وقت تغوط قنات مقعدی را محافظ نماید.

Ethioloy:- یك سبب بسیار عمدهء Cryptitis موقعیت و پوزیشن اناتومیك كرییت ها است كه خصوصاً مناسبت كریپت ها با Analglands از طرف دیگر چون میدانیم كه دهن Scrypts به عوض اینكه بطرف پائین باز باشد بطرف بالا متوجه است ازینرو به بسیار آسانی مواد غایط وغیره مواد اجنبی در بین كریپت ها داخل گردیده و سبب ترضیض و تخریش آن میگردد ونیز قنات های غدوات مقعدی به این كریپت ها باز گردیده كه به این ترتیب انتانات و تقیحات، Analglands وقنات های آن به بسیار آسانی سبب التهاب این كریپت ها شده میتواند.

پتالوژی:-

به صورت عموم در ربع خلفی قنات مقعدی كریپیت ها بسیار زیاد دچار التهاب میگردد زمانیكه التهاب تأسس نمود آهسته

آهسته در تحت جلد قنات مقعدي و هم به قنات های غدوات مقعدی و از طریق قنات ها به غدوات مقعدی انتان وسعت و انتشار مینماید در ناحیه سبب ازیماو Induration وسختی میگردد.

اعراض و علایم:-

یك عرض عمده، این آفت درد است که از سبب تخریش نهایات اعصاب حسی و سپازم معصره بوجود میآید این درد در وقت فعل تغوط شدت پیدا مینماید ازینرو مریض از تغوط اجتناب نموده و یك نوع قبضیت ارادی بوجود میآید بعضاً درد بطرف عجان و ناحیه، عجزی انتشار مینماید.

تشخیص:-

توسط معاینه، انگشت و معلوم کردن حساسیت در حذاي کریپت ها وهم بادیدن چشم توسط معاینه، Anoscopy وضع شده میتواند.

اختلاطات:

تشکل ابسی یك اختلاط التهاب کریپت ها است که بعداً ابسي سبب Sinus و anal fistuleشده میتواند هم چنان التهاب کریپت ها بعضاً سبب پاره شدن Valveها گردیده و سبب Fissure Anal میشود. از طرف دیگر چرکی که به صورت دوامدار خارج میگردد سبب تخریش جلد محیط مقعد گردیده باعث خارشت، اگزیم وغیره شده میتواند.

یك اختلاط دیگر التهاب کریپت ها Pectinosis است

که از سبب پیدا شدن نسـج نـدبـي بـه صورت حلقـوي در بین Anorectal lineو ساحه intersphincteric میباشد (اصطلاح Pectinosis پیدا شدن نسج ندبی حلقوی درساحه فوق است) که تداوی این آفت Pectinectomy میباشد.

تداوی:-

تداوی اصلی و اساسی این مرض جراحی است گرچه در بعضی حالات از تداوی محافظه وی هم استفاده شده میتواند از قبیل پاك نگاه کردن قنات مقعدی- دور کردن قبضیت استعمال بعضی ملهم ها برای تسکین درد- حمام آب گرم و استعمال بعضی ملهم ها و محلولات انتی سپتیك.

تداوی:-

بعد از آماده کردن مریض و پاك ساختن ساحه توسط یك عملیهء جراحی غشای مخاطی کریپت ماؤف قطع و دور میگردد. اگر نزف موجود نباشد به حال خود گذاشته میشود و اگر نزف شدید موجود بود کنارهٔ های جرحه کوك زده میشود. بعداً روزانه 3-2 بار حمام آب گرم استعمال نموده و قنات مقعدی تا حد ممکن پاك نگاه داشته میشود.

التهاب غدوات مقعدي یا Ano Rectalglands infection:-

این غدوات بنام Deep intermuscular glands نیز یاد میگردد.

التهاب غدوات Ano Rectal و قنات های غدوات مذکور در

امراض قنات مقعدی اهمیت فوق العاده دارد. واکثر مؤلفین عقیده دارد که منشهء تمام انتانات قنات مقعدی و محیط قنات مقعدی التهاب همین غدوات AnoRectal و قنات های انها است. خصوصاً قنات های غدوات Ano Rectal بنام دروازهء انتانات قنات مقعدی و محیط قنات مقعدی یاد میگردد.

اختلاطات:-

Cryptitis:-

یك اختلاط عمدهء التهاب غدوات AnoRectal است.

۲: Papilitis

۳: قرحه ها وزخم های قنات مقعدی

٤: ابسی های محیط قنات متعدی

٥: فستول های مقعدی

٦: آفات اوعیه بواسیری

۷: Stenosis

۸: Proctitis

Papilitis

التهاب Papilla بنام Papilitis یاد میگردد. Papilitis معمولاً با Cryptitis یکجا دیده میشود.

اناتومی:-

طوریکه میدانیم در حذای anorectal line از دو تا ٦ عدد بارزه وجود دارد که رنگ قاعده این بارزه ها ارغوانی و رنگ زروه آن سفید میباشد. این بارزه ها در بعضی اشخاص هیچ موجود نمیباشد بارزه هاي مذکور بنام Papilla یاد میگردد.

اعراض:-

التهاب Papilla بسیار کم سبب درد میگردد در صورتیکه Papilla بزرگ شده در وقت تغوط همرای مواد غایط بیرون خارج میگردد احساس تغوط از بین نمیرود در بعضی وقایع یک نوع Exodate غلیظ و چسپناك نیز همرای مواد غایط خارج میگردد.

تشخیص:-

تشخیص آسان بوده صرف با معاینهء فزیکی وضع شده میتواند هم چنان با معاینهء انگشت در حذای خط AnoRectal یك یا چند عدد Papilla کلان شده و حساس قابل جس میباشد.

تشخیص تفریقی:

این آفت باید با ترومبوز بواسیرخارجی همرای Condylomata acuminata ،Skintags ،Condylomatalalata و ترومبوز بواسیر داخلی تفریق گردد.

تداوی:-

تداوی آن عملیات جراحی و قطع کردن Papilla مأوف است بعد از قطع کردن Papilla در صورت که نزف موجود نباشد ضرورت به کوك زدن نیست و اگر نزف شدید موجود باشد باید کوك زده شود.

AnoRectal Abscesses

ایتولوژی:

یك سبب بسیار عمده واساسي ابسی های قنات مقعدی و محیط قنات مقعدی التهاب Analglands و خصوصاً التهاب قنات های غدوات مذکور میباشد اما دیگر عوامل از قبیل تخریشات ترضیضات، اجسام اجنبی، قبضت ها، تومورهای خبیث و سلیم، قرحه های قنات مقعدی، بواسیر، Fissureanal، شعاع، انتانات

وصله، التهاب پروستات، Criptitis ،Papillitis، تضیق مقعد، تهابات رکتوم وغیره نیز ابسی های قنات مقعدی و محیط انرا جود آورده میتواند.

پتالوژی:

به صورت عموم میکروب های Streptococcus و Staphylococcus طریق کریپت ها به قنات هایAnalglands داخل میشود و سبب تهاب قنات های مذکور میگردد خصوصاً میکروب های مذکور یك نوع انزایم، Proteolytic را آزاد مینماید که سبب انحلال نسج میگردد و یك نوع جوف را بوجود میآورد که این جوف جدید ساخته شده از قیح مملو گردیده وابسی بوجود میآید. از سبب تجمع قیح فشار در جوف بالا رفته سبب درد شدید میگردد واز طرف دیگر فشار مذکور سبب انتشار انتان و سبب تشکل ابسي هاي دیگر میشود و یا اینکه ابسی رپچر نموده سبب تشکل فستول یا Sinus میگردد.

اعراض و علایم:-

از اعراض و علایم عمده آن درد شدید، احمرار وازیما میباشد با جس ساحهء ماؤف گرم وخیلی حساس میباشد بعضاً تموج موجود میباشد. مریض تب داشته و در معاینهء خون لوکو سیتوز موجود میباشد. مریض اکثراً از سبب درد شدید ناحیه و سپازم معصره ها تغوط نموده نمیتواند. وضع عمومی مریض خیلی خراب میباشد.

تداوی:

بعد از تشخیص باید فوراً توسط یك عملیهء جراحی ابسی در ریناژ گردد تا از یك سو از انتشار ابسی جلوگری شود و از سوی دیگر تمام اعراض موضعـــی و عـــمومـــی از بین برود لاکن در زمان

Muslim Sisters' Organization of Afghanistan
Ummahat-ul-Momineen University

MSOA

23

Principles of Abdominal Surgery

(Vol. 1)

By: *Prof Dr Shirzad Yaqubi*

September 1997

Drainage ابسی باید دو نقطء ذیل در نظر گرفته شود.

۱: باید شق خوب وسیع باشد تا ابسی به صورت درست درنیاژ گردد.

۲: باید کوشش شود که الیاف معصره بسیار زیاد قطع نشود که سبب عدم کفایهء معصره بوجود خواهد آمد. بعد از آن که ابسي درنیاژ گردید به مریض هدایت داده شود که روزانه ۳-٤ مرتبه از حمام آب که یك اندازه Ditole در آن انداخته شده باشد استفاده نماید و نیز برای تسکین درداز ادویه های ضد درد و برای مقابله با میکروب ها از انتی بیوتیك ها استفاده میشود.

تصنیف ابسی های قنات مقعدی و محیط آن:

۱: Superficial Abscess یا Infralevator abscess:

این ابسی ها دوباره به سه گروپ جدا گردیده.

a: Cutanous Abscess

b: Sub cutanous abscess

c: Ischiorectal abscess

۲: Deep Abscess یا Supralevator Abscess:

این ها هم به سه گروپ جدا گردیده.

a: Moral Abscess

b: Pelvirectal Abscess

c: Retro rectal Abscess

برای تفصیل ابسی های فوق اگر ضرورت داشته باشید به کتاب جراحی بطنی تالیف این جانب مراجعه نمائید.

وغیر مستقیم هرسه داشته باشد بنام Triple Hernia یاد میگردد.

Slidding Hernia -۱۳

به آن فتق های گفته می شود که یك طرف کیسه پرتیوانی اش با ساختمانهای Retroperitoneal التصاق نموده باشد. مثلاً یك طرف کیسه فتقیهء فتق مقبنی با مثانه التصاق نموده باشد (آن قسمت مثانه که خارج پریتوان قرار دارد). دراشخاص بسیار پیر که کیسه فتقیهء آن بسیار کلان باشد وزن محتوی کیسه باعث کشش مثانه گردیده بعضاً حتی سبب Retention ادرار میگردد.

:Obstructive Hernia -۱٤

فتق های که سبب انسداد شده باشد و ترانزیت معائی را مسدود کرده باشد بنام فتق های Obstructive یاد میگردد. در اینجا اروای امعا درست است اما صرف ترانزیت آن قطع گردیده از اینرو باید هیچ وقت Obstructive Hernia را با Strangulated Hernia مغالطه ننمائیم.

:Litters Hernia-۱۵

بنامهای Richters Hernia،Lavateris Hernia نیز یاد میگردد. در صورتیکه یك قسمت کمی از قطر امعا داخل کیسهء فتقیه گردد و متباقی قسمت قطر امعا آزاد بوده گازات و مواد غایطه از آن عبور مینماید بنام Litters Hernia یاد میگردد. این شکل فتق ها در بعضی حالات فوق العاده خطرناك میباشد مثلاً در حالاتیکه اروای همان قسمت امعائیکه داخل کیسهء فتقیه گردیده در

اثر فشار زیاد قطع گرددGangrene رخ داده و قسمت گانگرن شده آهسته آهسته رپچر نموده و از آن محتوی جوف امعا در جوف بطن منتشر شده و پریتونیت وخیم و کشنده را سبب می شودنقطهء مهم دیگر در مورد این فتق ها اینست: چون ترانزیت از قسمت باقیماندهء قطر امعا صورت می گیرد که این حالت تشخیص را فوق العاده مشکل می سازد.

۱۶- Interstitial Hernia:

به فتق های گفته می شود که در آن کیسهء فتقیه و یا محتوی فتق به عوض اینکه در تحت Subcutanous fascia واقع گردد در تحت Musculoaponeurotic lamina قرار میگیرد.

۱۷- Bilateral Hernia:

در صورتیکه در یك شخص هم در طرف راست و هم در طرف چپ فتق مقبنی و یا فخذی موجود باشد بنام Bilateral Hernia یاد میگردد.

۱۸- Incarcerated Hernia

در حالاتیکه کیسهء فتقیه یك فتق با نسج محیطی خویش التصاق کرده باشد گفته می شود. کیسهء این نوع فتق چون در ساحهء ایکه تشکل کرده التصاق نموده از اینرو ارجاع نمیشود.

اسباب:

برای پیدا شدن فتق بعضاً یك سبب واحد موجود می باشد مثلاً

فتق های ولادی که یك سبب واحد دارد و آن عبارت از defect ولادی است که سبب فتق گردیده اما بعضاً چند فکتور بصورت مشترك سبب فتق میگردد که از جمله، فکتور های بسیار مهم آن قرار ذیل است:

۱- بلند بودن فشار جوف بطن.

۲- ضعیفی عضلات و صفاق ها.

۳- جنس.

٤- Obesity

۵- ارثیت Herridity

٦-سن.

۱- بلند بودن فشار جوف بطن:

در یك تعداد امراض که باعث بلند بردن فشار جوف بطن می شود فتق به وجود آمده میتواند مثلاً قبضیت های مزمن و دوامدار، سرفه های مزمن و دوامدار، تضیق احلیل خلفی، کلان شدن پروستات، تصلب عنق مثانه، حبن، حاملگی ونیوپلازم بطنی وغیره.

۲- ضعیفی و بی کفایتی عضلات و صفاق ها:

ضعیفی و بی کفایتی عضلات و صفاقهای جدار بطن هم در تولید فتق ها رول دارد. مثلاً در اشخاص بسیار پیر وضعیف و مریضان Asthenic که عضلات وصفاق های شان فوق العاده ناتوان و سست شده باشد فتق به آسانی پیدا شده میتواند.

۳-جنس:

تحولات ساختمان اناتومیك عضویت هم در پیدا شدن فتق ها رول دارد. مثلاً فتق مقبنی منحرف و یا غیر مستقیم ۹ برابر در مردها نسبت به زنها زیاد دیده می شود به خاطریکه فوحهء داخلی قنات مقبنی در مردها نسبت عبور Spermatic cord کلانتر میباشد. همچنان فتق های فخذی سه مرتبه در زنها نسبت به مردها زیاد تر دیده میشود زیرا در زنها Pubic rami نسبت به مردها بسیار منحرف واقع شده (زیرا حوصلهء زنها نسبت به مردها بسیار کلان است).

٤- Obesity یا چاقی:

چاقی از دو طریق در تولید فتق ها رول دارد یکی اینکه تراکم شحم قدرت عضلات را ضعیف می سازد. دوم اینکه چاقی سبب بلند بردن فشار جوف بطن میگردد.

۵-ارثیت:

بعضی مؤلفین عقیده دارند که ارثیت هم در تولید فتق ها رول دارد زیرا در بعضی فامیل هائیکه بصورت ارثی نسج منضم انساج شان ضعیف میباشد در آنها فتق زیاد می شود.

٦-سن:

سن هم تایك اندازه در تولید فتق رول دارد مثلا در اشخاص پیر و ضعیف که عضلات شان مقاومت خود را از دست داده ضعیف می باشد در آنها فتق زیاد دیده می شود.

فتق های ناحیهء مقبنی و فخذی:

۱- فتق های مقبنی:

این فتق های بسیار عمومیت داشته و تقریبا90% -80% تمام فتق ها را تشکیل میدهد. این فتق ها در مردها نسبت به زنها بسیار زیاد دیده می شود.

فتق های مقبنی بصورت عمومی بدوقسم است:

a- فتق های مقبنی مستقیم.

b- فتق های مقبنی غیر مستقیم (منحرف).

a- فتق های مقبنی غیر مستقیم یا منحرف:

به آن فتق های گفته می شود که در آن احشای بطن از فوحهء داخلی قنات مقبنی خارج و بعد در امتداد قنات مقبنی پائین رفته تا فوحهء خارجی قنات مقبنی برسد و بعد از فوحهء خارجی قنات مقبنی خارج گردد. و در بعضی اشخاص از آن هم پائین رفته تا به سفن میرسد.

چون سیرقنات مقبنی منحرف وغیر مستقیم است از اینرو فتق های مذکور بنام فتق های غیر مستقیم یاد میگردد.

b- فتق های مقبنی مستقیم:

این فتق ها برخلاف فتتق های منحرف یا غیر مستقیم هیچگاه سیرقنات مقبنی را تعقیب نمی نماید، از فوحهء خارجی قنات مقبنی خارج نمیشود و به سفن نمیرسد بلکه مستقیماً وقتیکه از فوحهء داخلی قنات مقبنی خارج گردید بصورت مستقیم سیر نموده به مثلث

مبرسد. این را هم باید گفت که فوحهء داخلی قنات Hessel bachs مقبنی توسط شریان Epigastric بدو قسمت انسی و وحشی جدا گردیده که از قسمت وحشی آن Spermatic cord و از قسمت انسی آن کیسهء فتقیه فتق مستقیم عبور می نماید یعنی شریان Epigastric در وحشی کیسهء فتقیه فتق مستقیم قرار دارد.

Surgical Anatomy:

برای اینکه فتق های مقبنی را خوبتر بدانیم بصورت بسیار مختصر از عضلات این ناحیه وقنات مقبنی یك اندازه معلومات میدهیم.

عضلهء منحرفه کبیره:

یك عضله بزرگ است، الیاف آن از ٤ یا ٧ ضلع آخر نشئت کرده بطرف قدام، انسی و سفلی سیر می نماید و به شوك حرقفی قدامی ارتکاز نموده بعد از آن که از شوك حرقفی قدامی به اندازهء 1cm عبور کرد الیاف عضلی آن به وتری مبدل گردیده و این الیاف وتری یك شیت وسیع را می سازد که بنام صفاق عضلهء منحرفهء کبیره یاد میگردد. الیاف قسمت علوی و متوسط این شیت یا صفاق عضلهء منحرفهء کبیره از قدام عضله Rectus عبور کرده و بالای خط ابیض یا Linea alba ارتکاز می کند و الیاف قسمت سفلی ترین آن بطرف سفلی سیر کرده و بالای ارتفاق عانه ارتکاز مینماید و سویق یا کنار انسی فوحهء خارجی قنات مقبنی را می سازد.

الیاف عضلهء منحرفهء کبیره†(Oblique Externa) که از

اضلاع آخری نشئت می نماید بعد از یك مسافه وتری گردیده و قنزعهء حرقفی (Iliac crista) و شوك حرقفی قدامی ارتکاز مینماید. بعداً از شوك حرقفی قدامی عبور کرده به شکل یك بندل لیفی قوی بطرف سفلی وانسی سیر نموده و بالای ارتفاق عانه ارتکاز می کند که این بندل لیفی قوی که از شوك حرقفی قدامی تا ارتفاق عانه امتداد دارد بنام قوس فخذی یا رباط مغبنی (Inguinal ligament) یاد میگردد و آن قسمت رباط مغبی را که در قدام حلقهء فخذی قرار دارد بنام Poupart ligament یاد میگردد.

قنات مقبنی (Inguinal canal)

قنات مقبنی که بین فوحهء خارجی و داخلی قنات مقبنی واقع است تقریباً 4cm طول دارد. این قنات از الیاف وتری عضلهء منحرفهء کبیره ساخته شده یعنی الیاف وتری عضلهء منحرفهء کبیره که از شوك قدامی علوی نشئت کرده و بالای خط ابیض وارتفاق عانه ارتکاز نموده سفلی ترین الیاف آن (وحشی ترین الیاف آن) کنار انسی این قنات را تشکیل داده و کنار وحشی این قنات توسط الیاف انسی ترین عضلهء منحرفه کبیره که قوس فخذی را ساخته تشکیل شده است.

فوحهءخارجی‌قنات‌مغبنی:

این فوحه توسط الیاف وتری عضلهء منحرفهء کبیره بوجود آمده یعنی زمانیکه کنار یا سویق انسی و وحشی فوحهء مقبنی به ارتفاق

سریع و خیطی می شود. اگر معده و یا امعا رپچر نموده. باشد در رادیو گرافی بطن که به وضعیت ایستاده گرفته شده باشد در تحت حجاب حاجز هوا دیده شده میتواند. اگر کولون ویا امعای رقیقه رپچر نموده باشد اعراض تخریش پریتوان از قبیل استفراغ، دلبدي، سپازم عضلات جدار بطن در معاینه فزیکی به خوبی دریافت میگردد.

در مورد ترضیضات کند بطن توجه شما را بیك نقطهء بسیار مهم دیگر عطف می نمایم و آن اینکه بعضاً طوری تصادف می شود که مریض در عین زمانیکه ترضیض شدید و کند بطن دارد مصاب کسر اضلاع، کسور عظام اطراف علوی و یا سفلي، کسر حوصله و یا کسر قحف نیز بوده در حالت شاك و یا کوما میباشد در این زمان داکتر حینیکه ملاحظه مینماید در جدار بطن کدام زخم باز وجود ندارد لاکن کسر حوصله، کسر اضلاع و کسر قحف موجود است، وی متوجه تداوی کسور اضلاع، حوصله و قحف گردیده و ترضیض کند بطن که باعث رپچر طحال نیز شده و مریض نزف شدید داخلی دارد از نظرش دور می ماند که در اینصورت باوجود اینکه جراح کسور حوصله، اضلاع و قحف را به بسیار خوبی تداوی کرده لاکن تداوی وی هیچ نتیجه نداده و شاك آهسته آهسته عمیق شده میرود. و بالاخره مریض فوت می شود. (که در اینجا در حقیقت مریض از سبب ترضیض کند بطن یعنی رپچر طحال و نزف داخلی فوت گردیده نه از سبب کسر اضلاع و حوصله) از اینرو باید در چنین حالات که مریض با آفات

عانه ارتکاز میکند در نزدیکی ارتفاق عانه کنار انسی و وحشی فوحه مقبنی خارجی را می سازد که از این کنار یا سویق انسی و وحشی کمی بالاتر یك تعداد الیاف وتری از کنار انسی به وحشی و از کنار وحشی به انسی نشئت کرده و الیاف مذکور کنار یا سویق علوی فوحه خارجی قنات مقبنی را تشکیل میدهد. فوحهء خارجی قنات مقبنی تقریباً به مسافهء 3cm بطرف علوی و وحشی حدبهء عانه موقعیت دارد. از این فوحهء خارجی در مردها حبل منوی و در زنها رباط مدور Round ligament عبور می کند.

فوحه‌داخلی‌قنات‌مقبنی:

فوحهء داخلی از فوحهء خارجی 4cm بالاتر قرار دارد و رباط مزدوج یا Conjoined ligament که از یکجا شدن عضلهء مستعرضه یا Mus. Transversalis وعضلهء منحرفهء صغیره یا Oblique intern ساخته شده کنار یا سویق علوی فوحهء داخلی قنات مقبنی را تشکیل میدهد و سویق سفلی یا کنار سفلی این فوحه را رباط مقبنی ساخته است (رباط مزدوج یك رباط عضلی است) از فوحهء داخلی شریان Epigastric خارج میگردد و توسط این شریان فوحهٔ داخلی بدو بخش انسی و وحشی جدا گردیده که از قسمت وحشی آن Spermatic cord یا حبل منوی عبور می نماید و از قسمت انسی آن کیسهء فتقیه فتق های مستقیم مقبنی عبور مینماید و به مثلث Hessel bach میرسد.

مثلث Hessel bach در انسی توسط کنار وحشی عضلهء

مستقیمه، در وحشی توسط شریان Epigastric و در سفلی توسط قسمت انسی ترین رباط مقبنی یا قوس فخذی تحدید گردیده است . زمین مثلث Hessel bach توسط Transversalis fascia ساخته شده که محل فتق های مستقیم مقبنی است.

:Lacuner ligament یا Gimbernat ligament

این رباط در حقیقت از الیاف عضلهء منحرفهء کبیره بوجود آمده یعنی زمانیکه الیاف رباط مقبنی به حدبهء عانه ارتکاز نمود از جملهء این الیاف یکتعداد شان بطرف خلف به امتداد Anterior Pubic Ramus تقریباً به طول 2cm انتشار می نماید. (وسعت می کند) که این قسمت بنام ,ligament Gimbernat یاد میگردد.

:Cooper's Ligameut

این رباط هم از الیاف عضله منحرف کبیره ساخته شده طوریکه الیاف رباط Gimbernat وسعت و انتشار نموده و تمام سطح Ant.pubic Ramus را ستر میکند و با پیریوست Ant. Pubic Ramus التصاق نموده و با آن ارتباط خیلی صمیمی دارد که حتی بعضی مولفین انرا بنام پیریوست Anterior Pubic Ramus یاد مینماید که این قسمت بنام Cooper's Ligament یاد میگردد.

:Fascia Abdominalis یا Transversalis Fascia

یك غشای محکم بوده. که تمام شحم روی پریتوان (Preperitoneal Fat) و حوصله را پوش کرده همچنان این غشا تمام ساختمانهای را که از جوف بطن و حوصله خارج میگردد پوش

نموده است. این غشاء در قسمتیکه شریان و ورید فخذی را ستر مینماید بنام Femoral sheat یاد میگردد یا به عبارهء دیگر Femoral sheat در حقیقت از Transversalis fascia ساخته شده است.

عضلهء منحرفهء صغیره:

این عضلهء تحت عضلهء منحرفهء کبیره واقع بوده، الیاف آن از قنزعهء حرقفه (Iliac crista) نشئت نموده، بطرف علوی، انسی وسفلی میرود الیاف علوی آن به اضلاع آخر ارتکاز نموده و یك قسمت الیاف سفلی آن با عضلهء مستعرضه یکجا گردیده رباط مزدوج را می سازد و الیاف متوسط آن یك شیت ضخیم ووسیع را ساخته که این شیت بالاتر از حذای Linea semicircularis بدو صفحه یا دو ورق جدا گردیده به ترتیبیکه ورق سطحی آن از قدام عضلهء مستقیمه بطن گذشته و با شیت عضلهء منحرفه کبیره یك شیت مضاعف را می سازد. این شیت بالاخره بالای خط ابیض ارتکاز می کند و ورق عمیق آن با شیت عضلهء مستعرض یك شیت مضاعف ساخته و بالاخره بالای خط ابیض ارتکاز مینماید. به این ترتیب گفته میتوانیم کـه از خـط Linea semicircularis بالاتر عضلهء مستقیمه بطن از قدام و خلف توسط شیت های مضاعف پوش شده (ستر شده) حالانکه از خط فوق پائین تر صفاق های عضلهء منحرفهء کبیره، صغیره و مستعرضه هر سه باهم یکجا گردیده و تمام شان از قدام عضلهء مستقیمه عبور می کند و در خلف

عضله‌ء مستقیمه در این ساحه هیچ شیت وجود ندارد. Linea sem-icircularis در مسافه متوسط سره و ارتفاق عانه قرار دارد.

تشخیص فتق‌های مقبنی:

از روی تاریخچه، اعراض و علایم صورت می گیرد.

اعراض و علایم:

بعد از اخذ تاریخچه برای تشخیص مرض از اعراض و علایم استفاده می شود. اکثراً مریضانیکه فتق مقبنی دارد از پائین شدن یك کتله در ناحیه‌ء مقبنی به داکتر مراجعه می نماید که این کتله در بعضی مریضان بعد از ایستاده شدن، سرفه و فعالیت فزیکی پائین می گردد، در وقت خوابیدن و استراحت دوباره معدوم می گردد و در بعضی مریضان دیگر کتله ایکه پائین گردیده بصورت دوامدار موجود میباشد. همچنان در بعضی از مریضان کتله‌ء مذکور با مانوره ها که توسط داکتر از آن استفاده می شود دوباره رد گردیده و در بعضی مریضان دیگر با وجود دادن مانوره و دادن Position بمریض دوباره رد نمیگردد. (غیر قابل رد یا غیر رجعی میباشد). در بعضی اشخاص دیگر کتله درد ناك و حساس میباشد که سبب آن فشار فوحه‌ء فتقیه بالای محتوی فتق فکر می شود و یا اینکه از اثررکودت وریدی ورید های محتوی فتق دچار اذیما گردیده و در کیسه‌ء فتقیه انصباب مایع (مایع زرد لیموئی شکل در مرحله‌ء اول و بعد در مراحل پیش رفته که رکودت و فشار سبب Ischemia شدید محتوی فتق شود مایع انصبابی خوندار میگردد) صورت گرفته

که این اذیما، انصباب مایع وفشار در خلای فوحهء فتقیه سبب -Is chemia شده و Ischemia سبب درد میگردد. در بعضی مریضان دیگر علاوه ازاینکه کتله دردناك است.دلبدی، استفراغ و انسداد گازات و مواد غایطه نیز موجود میباشد. (امکان دارد محتوی فتق دچار انسداد شده باشد یا Obstructive Hernia) تشخیص فتق در اشخاص ایکه لاغر بوده کیسه فتقیه و فوحهء فتقیهء آن کلان باشد. بسیار ساده و آسان است. صرف با تفتیش تشخیص وضع شده میتواند. طوریکه به مریض هدایت داده می شود که ایستاده شود به مجرد ایستاده شدن کیسه فتقیه پائین میگردد و اگر با ایستاده شدن کیسه فتقیه پائین نگردید بمریض هدایت داده می شود که سرفه کند. در اثر سرفه بخوبی دیده می شود کیسه فتقیه با هر سرفه پائین گردیده و حتی سیر پائین شدن آن دیده می شود. در حالاتیکه با تفتیش تشخیص وضع نگردد داکتر یك انگشت خود را در فوحهء خارجی قنات مقبنی داخل نموده بعد بمریض هدایت میدهد که سرفه نماید. در صورتیکه فتق موجود باشد با هر سرفه مریض محتوی فتق به نوك انگشت داکتر اصابت می کند که این حالت باعث تائید تشخیص می گردد یعنی Cough Impulse مثبت است.

نکته مهم دیگر اینست که باید بدانیم فتق مقبنی مذکور مستقیم است یا غیر مستقیم که بصورت ذیل تفریق می گردد:

۱- فتق های مستقیم عموماً در کاهلان و خصوصاً اشخاص پیر پیدا می شود. در حالیکه فتق های غیر مستقیم عموماً در اطفال و

نوجوان دیده می شود.

۲- در فتق های مقبنی مستقیم هیچگاه کیسه به سفن پائین نمیگردد. در حالیکه در فتق های غیر مستقیم اکثراً کیسه فتقیه به سفن پائین می گردد.

۳- هرگاه انگشت خود را در فوحهء خارجی داخل نمائیم در فتق مستقیم ضربان شریان Epigastric بطرف وحشی انگشت ما جس می شود. در حالیکه اگر فتق غیر مستقیم باشد ضربان شریان مذکور بطرف انسی انگشت ما جس میگردد.

تشخیص تفریقی:

باید کوشش شود آن فتق های مقبنی غیر مستقیم که به سفن پائین نگردیده از فتق های فخذی، Hernia Adeposa Metastatic Carcinoma, Inguinal Adenopathy و Hydrocele تفریق و جدا گردد و فتق های مقبنی غیر مستقیم که به سفن پائین شده باشد دوباره رد نمیگردد (کیسه، فتقیه دوباره بجوف بطن داخل نمیگردد) باید از تومور های خصیه، Varicocele,Hydrocele و التهابات مزمن خصیه ها جدا و تفریق گردد که برای تفریق این امراض از معاینات بسیارمنظم و درست فزیکی، Transillumination اصغا کردن کتله (اگر محتوی امعا باشد با اصغا حرکات Peristaltic امعا شنیده می شود)، هم چنان از معاینات لابراتواری وحتی معاینات پتالوژیك استفاده می گردد.

تداوی:

تداوی فتق های مقبنی فقط و فقط عملیات جراحی است گرچه در سابق از چره بند یا TRUSS استفاده می گردید اما امروز تداوی فتق های مذکور صرف عملیات جراحی است تنها در بعضی مریضانیکه از سبب بسیار پیری و ضعیفی و یا از سبب بعضی امراض وخیم مثل عدم کفایهء قلب عدم کفایه کلیه و غیره که اصلاً این مریضان عملیات شده نمیتواند . برای تداوی این اشخاص از چره بند استفاده می کنند.

تداوی جراحی:-

برای تداوی فتق های مقبنی غیر مستقیم یا منحرف میتود های زیادی وجود دارد که در تمام این میتود ها دو نقطهء اساسی ذیل که اساس تداوی را تشکیل میدهد در نظر گرفته می شود.

۱- گره کردن کیسه فتقیه از قسمت بالاترین آن یعنی بالاتر از فوحهء مقبنی داخلی و قطع کردن کیسه مذکور کمی پائین تر از قسمت گره شده (اول کیسه یافت شده، از دور پیش جدا و آزاد می شود، بعد از قسمت بالاترین گره می شود.)

۲- ترمیم قنات مقبنی یعنی تقویهء جدار بطن. در فوق ذکر نمودیم که میتودهای جراحی بسیار زیاد وجود دارد که ذکر تمام آنها دراین جا لازم نیست . گرچه در تمام میتودها شق جلدی یافتن و تسلیخ کردن کیسه تقریباً یك قسم است صرف تقویه جدار بطن در میتود های مختلف فرق دارد.

انتخاب میتود عملیات:-

چون میتود های زیاد موجود است مگر بصورت عموم در فتق های مقبنی مستقیم تقویه جدار بطن بسیار مهم است از اینرو از طریق COOPER LIGAMENT REPAIR و یا اصول BASSINI استفاده میشود در اطفال زیاده تر از اصول FORGASON استفاده می شود و در اشخاص که فوحهء فتقیه بسیار کلان دارند از اصول MC. VAY استفاده می شود.

اختلاطات:

a- اختلاطات در اثنای عملیات:

در جریان عملیات فتق های مقبنی اختلاطات ذیل واقع شده میتواند:

۱- قطع کردن اعصاب.

۲- قطع کردن اوعیه.

۳- قطع کردن کوردون و یا قنات ناقلة المنویه.

٤- قطع کردن امعا و مثانه.

b- اختلاطات بعد از عملیات:

۱- منتن شدن شق عملیات.

۲- پیدا شدن هیماتوم.

۳- گانگرن خصیه ها.

٤- اختلاطات دیگر از قبیل

Orchitis، Epidedymitis و Peritonitis.

۲- فتق فخذی:

به آن فتق های گفته می شود که در آن کیسه فتقیه از حلقهء فخذی (Femoral Ring) خارج گردد. حلقه فخذی از یك defet غیر طبیعی Transversalis Fascia بوجود آمده و در قنات فخذی (Femoral Canal) موقعیت دارد.

فتق های فخذی عموماً در سن متوسط دیده می شود در زنها نسبت به مرد ها سه چهار مرتبه زیاده تر دیده می شود. فتق های فخذی تقریباً در 15% وقایع دو طرفه میباشد.

اتیولوژی:

اتیولوژی آن بصورت درست معلوم نیست بصورت عمومی دو نظریه وجود دارد:

۱- نظریه ولادی: طرفداران این نظریه چنین عقیده دارند که دراین فتق ها بصورت ولادی در قنات فخذی ضعیفی موجود می باشد.

۲- نظریه کسبی: طرفداران این نظریه به این عقیدهء اند که این فتق از سبب بلند رفتن فشار جوف بطن بوجود می آید. اما یکتعداد مؤلفین دیگر عقیده دارند که در پیدایش این فتق ها نقیصهء ولادي، بنیهء مساعد و بلند بودن فشار جوف بطن بصورت مشترك سهم دارد، و نظر خویش را چنین توضیح مینمایند که در این اشخاص از یك سو فشار جوف بطن از کدام سببی بلند می باشد و از طرف دیگر نسج منضم محیط حلقهء فخذی این اشخاص بسیار سست میباشد که برای توسع حلقهء فتقیه زمینه مساعد شده و با فشار بلند جوف بطن حلقه کمی توسع می کند و از

طرف دیگر Transverssalis Aponeurosis در این اشخاص به عوض اینکه در نزدیکی ورید فخذی ارتکاز نماید تقریباً 1- 1.5 cm دورتر ارتکاز نموده میباشد که در حقیقت بین ارتکاز Transversalis Aponeurosis و ورید فخذی یك Defect ولادی بوجود میآید که بعداً از این Defect ولادی کیسه فتقیه پائین می گردد.

نقطهء مهم دیگر در مورد فتق های فخذی این است که محیط کیسهء فتقیه بسیار سخت است از اینرو 8 مرتبه نسبت به فتق های مغبنی زیاده تر دچار اختناق می گردد. یا به عبارهء دیگر فتق های مغبنی تقریباً 4% مصاب اختناق می گردد. در حالیکه در فتق فخذی 35% اختناق نموده میباشد. همچنان در فتق فخذی کیسه اکثراً بانسج محیطی خود التصاق نموده میباشد ازاینرو اکثر فتق های فخذی غیر قابل رد میباشد.

اناتومی:

طوریکه از اناتومی میدانیم Transversalis Fascia یا Abdominal Fascia شحم محیط پریتوان وهم تمام عناصریکه از جوف بطن خارج میگردد ستر نموده است که این Fasia در قسمتیکه قنات فخذی را ستر کرده بنام Femoral Sheet یا لفافهء فخذی یاد میگردد که این شیت فخذی(Transversalis Fascia) شریان و ورید فخذی را که از جوف بطن خارج و از تحت قنات فخذی یا قوس فخذی عبور مینماید بصورت جدا جدا ستر کرده یا به عبارهء دیگر سه

متعدد که ظاهراً قابل دید است مثلاً کسور قحف، کسور اطراف سفلي، کسور اطراف علوي، کسور حوصله و اضلاع وغیره، لاکن در جدار بطن آن کدام زخم باز موجود نیست لطفاً در پهلوی تداوی آفات مذکور که ظاهراً دیده می شود تداوی و تشخیص آفات جوف بطن را نیز در نظر داشته باشید و از تمام وسایل ووسایطیکه در اختیار دارید در تشخیص و تداوی جروحات احشای بطن از آن استفاده نمائید و تا زمانیکه٪ ۱۰۰ اطمینان حاصل ننموده باشید که احشای بطن کاملاً سالم و نزف داخلی وجود ندارد از مراقبت جدی و نزدیك آن صرف نظر ننمائید.

ب: جروحات تیز جدار بطن:

جروحات قاطعه یا تیز جدار بطن عموماً توسط آلات ناریه مثل مرمی تفنگ، تفنگچه، پارچه های بم، پارچه های مرمی توپ و آلات قاطعه مثل چاقو، کارد ، نیزه، شمشیر وغیره بوجود میاید.

زخم های باز جدار بطن بصورت عموم بدو دسته تقسیم می شوند.

۱- آن زخم های باز جدار بطن که از جدار بطن عبور نکرده باشد.

۲- آن زخم های جدار بطن که از جدار بطن عبور نموده و تا جوف بطن رسیده باشد.

۱- زخم های که از جدار بطن عبور نکرده باشد:

این زخم ها به اشکال و انواع مختلف میباشد مثلاً بعضی شان بسیار سطحی که تنها جلد و نسج تحت الجلدی قطع شده میباشد، در

لفافهء فخذی وجود دارد یکی لفافهء خارجی که شریان فخذی را ستر کرده، دوم لفافه متوسط که ورید فخذی را ستر کرده، سوم لفافهء انسی که نسج منضم سست که در حلقهء فخذی وجود دارد آنرا احاطه کرده است. این طور هم گفته میتوانیم که لفافهء فخذی سه حلقه را ساخته است که از یکی ان شریان فخذی و از دیگرآن ورید فخذی عبور مینماید و حلقهء سوم که در انسی واقع است و توسط یك نسج سست پر شده عبارت از حلقهء فخذی است.

قرار تشریحات فوق چنین گفته میتوانیم که عناصر ذیل حلقهء فخذی را تحدید کرده:

۱- در وحشی آن ورید فخذی قرار دارد.

۲- در انسی Transversus Aponeurosis قرار دارد که بالای Gimbernat Ligament ارتکاز کرده که خورد بودن و کلان بودن قطر حلقهء فخذی در حقیقت به ارتکاز همین Transversus Aponeurosis ارتباط دارد. به هر اندازه ایکه غشای مذکور از ورید فخذی دورتر بالای Cooper Ligament ارتکاز می نماید به همان اندازه قطر حلقهء فخذی کلان شده و زمینه را برای ساختن فتق فخذی آماده میسازد و بهر اندازه ایکه غشای مذکور به ورید فخذی نزدیکتر بالای Gimbernat Ligament ارتکاز نماید قطر حلقه فخذی تنگ گردیده و برای کیسه فتقیه اجازهء عبور نمیدهد.

۳- در قدام حلقه فخذی توسط قسمت سفلی قوس فخذی که در این قسمت قوس فخذی اسم Poupart Ligament را بخود گرفته تحدید گردیده.

٤- در خلف Cooper Ligament قرار دارد و حلقهء فخذی را از خلف تحدید کرده است.

تشخیص فتق فخذی:

از روی تاریخچه اعراض و علایم وضع میگردد.

اعراض و علایم :

امکان دارد مریض در حالتی به داکتر مراجعه کند که از یك کتلهء درد ناك در ناحیه قنات فخذی شاکی میباشد و یا اینکه در حالتی مراجعه کند که علاوه از موجودیت کتلهء درد ناك دلبدی و استفراغ هم دارد، بطن آن متوسع است و ترانزیت گازات و مواد غایطه قطع است همچنان شده میتواند که مریض صرف از کشش ناحیه فخذی و مقبنی نزد داکتر مراجعه نماید.

در تفتیش عموماً یك کتله در ناحیه فخذی مشاهده شده میتواند لاکن در اشخاص فربه خصوصاً که کتله کوچك باشد اکثراً از نظر دور میماند.

با جس کتله دردناك و حساس میباشد، چون میدانیم که عنق کیسه و هم خود فوحهء فتقیه بسیار خورد است از اینرو با فشار کتله چندان خورد نمیشود و با سرفه کردن چندان کلان نمیشود گرچه Cough Impulse امکان دارد مثبت باشد.

تشخیص تفریقی:

در اکثر حالات زمانیکه کیسه، فتقیه از تحت قوس فخذی خارج گردد به قدام و علوی دور خورده و بالای قوس فخذی قرار میگیرد. (در بعضی حالات بالاتر از آن) که در این قسم حالات باید توسط معاینات فزیکی مکمل و درست منشأ اصلی کتله که در تحت قوس فخذی قرار دارد معلوم گردد. در غیر آن با Adenitis, Lymphoma، فتق مغبنی مستقیم، خراج بارد، التهابات و غیره مغالطه شده میتواند. همچنان در بعضی حالات که کیسه بسیار کوچک باشد اکثراً در نسج شحمی از نظر پنهان میماند که در این صورت هم با خراج بارد، ابسه های مزمن و تحت الحاد، adenitis و غیره مغالطه شده میتواند (زیرا در این صورت کتله دیده نمیشود مریض صرف از سبب درد ساحه قنات فخذی مراجعه نموده میباشد).

تداوی:

تداوی فتق های فخذی هم مثل فتق های دیگر فقط و فقط عملیات جراحی است. در زمانه های سابق از چره بند استفاده میگردید مگر حالا صرف در حالاتیکه مریض بسیار پیر و ضعیف باشد یا از سبب بعضی امراض قلبی، ریوی و کلیوی عملیات شده نمیتواند از چره بند استفاده میشود و در دیگر حالات فتق با یک عملیه جراحی تداوی میگردد طوریکه اول کیسه فتقیه یافت گردیده بعداً محتوی آن (اگر گانگرن نشده بود) داخل جوف بطن تیله شده و

بعداً کیسه تسلیخ، آزاد و از عنق گره و قطع میگردد و در مرحلهء دوم جدار بطن تقویه و حلقه فخذی مسدود میگردد برای تداوی فتق های فخذی دو میتود وجود دارد:

1- Femoral Approach

2- Inguinal Approach

در هر دو طریقه مرحله دوم عملیات یعنی تقویه جدار بطن و مسدود کردن حلقهء فخذی یك قسم بوده و در هر دو برای تقویهء خوبتر جدار بطن از Cooper Lig. Repair استفاده میگردد اما مرحلهء اول یعنی رسیدن به کیسه فتقیه و پیدا کردن آن فرق دارد، در مرحلهء اول یعنی یافتن کیسه تعلق بجراح دارد که در کدام طریقه تجربهء کافی دارد از آن استفاده میکند. همچنان وضعیت فتق نیزدر انتخاب یکی از طریقه های فوق رول دارد مثلاً در صورتیکه فتق مختنق باشد و یا کیسه فوق العاده کلان باشد از Inguinal Approach استفاده میکند لاکن در حالاتیکه کیسه بسیار کوچك و کدام اختلاط موجود نباشد از Femoral Approach استفاده میشود.

Recurrent Femoral Hernia:

فتق های فخذی که بعد از عملیات دو باره پیدا شود بنام فتق های فخذی رجعی یاد میگردد.

تداوی این فتق ها بسیار مشکل است زیرا در ساحه التصاقات نسیج ندبی زیاد تولید شده و ساحه عملیات ساختمان اناتومیك خویش

را کاملاً از دست داده میباشد. ازاینرو در وقت عملیات اکثراً ورید فخذی مجروح میشود، لذا در وقت عملیات بسیار دقت شود و از عجله کار گرفته نشود.

فتق فخذی مختنق:

فتق های مختنق فخذی بسیار عمومیت دارد که در تداوی فتق های مختنق فخذی باید نقاط آتی را در نظر داشته باشیم:

اول باید هیچ وقت فتق فخذی مختنق توسط مانوره بجوف بطن رد نگردد زیرا احتمال زیاد وجود دارد که محتوی فتق گانگرن شده باشد. اگر جراح بدون اینکه قسمت گانگرن شده را قطع و دور نماید آنرا در جوف بطن داخل مینماید اشتباه بزرگ میکند زیرا وقتیکه امعای گانگرن شده داخل جوف بطن گردید تثقب نموده و باعث تولید پریتونیت وخیم و کشنده میشود. همچنان اختلاطات دیگر از قبیل Toximia, Hypovolemia, Septicemia و غیره را نیز سبب شده میتواند. از اینرو در تمام حالات فتق فخذی قبل از رد کردن محتوی فتق توسط داکتر به دقت معاینه شود اگر مشاهده نمود که محتوی گانگرن شده باید قطع و دور گردد (Resection) صورت بگیرد و در صورتیکه محتوی گانگرن سالم و اروای کافی داشته باشد بجوف بطن رد کرده شود. تنها در اشخاص بسیار پیر و اشخاصیکه از سبب امراض مختلف اصلاً استطباب عملیات در آن موجود نباشد محتوی رد شده میتواند مشروط بر آنکه از زمان اختناق صرف یك ساعت و نهایت یکونیم ساعت گذشته باشد.

: Adult Umbilical Hernia

اگـر کیـسه فتـقیه از ســوراخ کـوچـك کـه از زمــان طفولیت در ســره باقــیمانده، در زمـان کـهولـت خـارج گـردد بنـام Adult Umbilical Hernia یاد میگردد‌یا به عباره، دیگر سوراخ کوچك که از زمان طفولیت در سره طفل باقی مانده این سوراخ در زمان کهولت از سبب زیاد شدن فشار جوف بطن متوسع گردیده و زمینه را برای خارج شدن احشای بطن مساعد میسازد. فتق های سروی کـاهـلان بـه Incarceration و Strangulation بـسیار مـصـاب میگردد.

تداوی:

بعد از تشخیص یك شـق مستعرض در تحت حافه، سفلی سره اجرا گردیده کیسه پیدا، آزاد، گره و قـطع میـگردد. بعد جهت تقویه، جدار بطن سطع قطع شده Rectus Sheet با هم دوخته میشود در صورتیکه و کیسه فتقیه بزرگ باشد حافه های Rectus Sheet به شکل واسکت دوخته میشود.

: Epigastric Hernia

فتق های Epigastric عموماً بالای خط ابیض (Linea Alba) شروع میشود (در ابتدا یك اندازه شحم پریتوان از فوحه، فتقیه خارج میگردد.) که بعداً آهسته آهسته به مرور زمان پریتوان از فوحه خارج گردیده و کیسه فتقیه بوجود میآید که محتوی آنرا بعضاً ثرب و بعضاً امعا تشکیل میدهد.

اعراض وعلایم:

از نظر سریری درد در ناحیه که فتق بوجود آمده در مراحل بسیار ابتدایی پیدا میشود. یعنی زمانیکه به قطر Hernia Adeposa ,3mm از مسیر اوعیه خارج شود بالای اعصاب Somatic و Sympathetic فشار وارد نموده و باعث بوجود آمدن درد میگردد (درد مذکور موضعی و منتشر میباشد). در اشخاص چاق تشخیص فتق های Epigastric بسیار مشکل میباشد در این حالات مریض از درد و حساسیت ناحیهء Epigastric شاکی میباشد.

تداوی:

یك شق مستعرض بالای کیسه فتقیه اجرأ گردیده کیسه دریافت، آزاد و گره شود، بعد از قطع کردن کیسه جدار بطن تقویه میشود. در حالتیکه در وقت عملیات دیده شود که کیسه فتقیه وجود ندارد صرف یك اندازه شحم موجود است (Hernia Adeposa) در این صورت کتله شحمی گره شده و قطع میگردد و یا اینکه داخل جوف بطن ساخته شده و بعد فوحه دوخته میشود.

Semilunar Hernia of Spiegel:

خط Semilunar عبارت از خط است که شیت های مضاعف قدامی و خلفی عضله مستقیمه بطن با هم یکجا میگردد و یا به عبارهء دیگر در جائیکه عضلهء منحرفهء صغیرهء بدو ورق جدا شده یکی آن از قدام و دیگر آن از خلف عضلهء Rectus عبور میکند

بنام Linea Semilunar یاد میگردد. فتق هائیکه در حذای این خط پیدا میشود بنام فتق های فوق یاد میشود.

باید Linea Semi lunaris با Linea Semicircularis مغالطه نشود. فتق مذکور در ابتدا به شکل Hernia Adeposa ظاهر شده بعداً آهسته آهسته کیسهء فتقیه و محتوی آن پیدا میشود.

تداوی:

در صورتیکه فقط یك اندازه شحم خارج شده باشد دو باره داخل جوف بطن میشود و بعد کیسهء فوحه بسته میشود واگر کیسه موجود باشد باید تسلیخ، آزاد و محتوی آن داخل جوف بطن رد گردد، بعداً کیسه از غنق گره و قطع شود.

Interstitial Hernia:

این فتق ها در کوادرانت سفلی طرف چپ و راست بین عضلهء منحرفه صغیره و مستعرضه پیدا میشود. این فتق ها عموماً در سن متوسط و کسانیکه به کار های بسیار ثقیل اشتغال دارد پیدا میشود.

از نظر سریری مریض ازیك درد شدید موضعی شاکی بوده و کیسه فتقیه قابل جس میباشد زمانیکه محتوی فتق رد گردد درد از بین میرود.

تداوی:

با یك عملیهء جراحی مثل دیگر فتق ها تداوی میشود.

Incisional Hernia :

به آن فتق های گفته میشود که در بین نسج ندبی شق عملیات پیدا میشود.

اتیولوژی:

فکتور های مختلف در پیدا شدن این فتق ها رول دارد که بسیار مهم آن قرار ذیل است:

۱- انتانات شق عملیات: انتانات شق عملیات در تولید فتق فوق رول مهم دارد زیرا انتانات از یك سو باعث تولید عکس العمل التهابی در ساحه شده در نتیجه اذیما و Induration که در ساحه بوجود می آید سبب تولید فشار در ساحه گردیده که این فشار زمینه را برای نکروز نسج داخل گره مساعد ساخته که بعد از نکروز کوك ها باز میشود از طرف دیگر انتانات جرحهء عملیات باعث تأخر التیام میگردد و نیز در صورتیکه چرك در بین طبقات زخم تجمع نماید باعث فشار، Ischemia و نکروز ساحه میگردد. همچنان قیح جمع شده فشار میآورد تا برای خود یك مجرا پیدا نموده و خارج گردد که این در حقیقت در تولید Defect رول بازی مینماید.

۲- تکنیك نادرست عملیات:

مثلاً خراب دوختن طبقات عمیق جرحه و یا فشار زیاد وارد کردن بالای نسج که در بین کوك های جراحی واقع میشود مثلاً گره را بسیار کش نموده و نسجیکه داخل آن قرار میگیرد دچار Ischemia و نکروز میشود که این از یك سو زمینه را برای انتان مساعد

میسازد و از سوی دیگر باعث به وجود آوردن Defect میشود. همچنان استعمال تار های نا مناسب که زود رشف گردیده و فشار جوف بطن طبقات تحتانی را که تا هنوز خوب بسته نشده از هم دور ساخته و زمینه برای داخل شدن احشای بطن در این پاره شدگی مساعد میگردد.

۳-عوامل میتابولیك:

عوامل میتابولیك هم رول دارد مثلاً فقدان Vit.c ، فقدان پروتین، Uremia و غیره

پتالوژی:

در پیدا شدن فتق جراحی یا فتق کسبی طبقه های زیرین جدار بطن بسیار مهم است وقتیکه در طبقه های زیرین جدار بطن به اثر کدام علت Defect پیدا شود، در این قسمت پاره شدگی یا Defect محتوی جوف بطن به بسیار آسانی داخل گردیده و بعد در اثر فشار Defect مذکور کلان شده و آهسته آهسته طبقات دیگر جدار بطن نیز از هم جدا میگردد.

در فتق های جراحی معمولاً کیسه فتقیه التصاق میکند اما Obstruction و Strangulation در این فتق ها به اندازهٔ متوسط دیده میشود. در صورتیکه تمام طبقات جدار بطن از هم جدا شده باشد امعا در زیر جلد قرار گرفته و با جلد التصاق میکند. در نتیجه اروای جلد درآن ناحیه از داخل قطع گردیده و جلد ناحیهٔ مذکور دچار Ischemia شده و Atrophy میکند و در بعضی

بعضی شان جلد، عضلات و صفاق قطع شده میباشد همچنان در بعضی از این جروحات جرحه بالکل خطی بوده، جلد و نسج محیط جرحه کاملاً سالم میباشد و در بعضی دیگر شان جلد و اقسام رخوه محیط جرحه کاملاً از بین رفته و در ساحه جرحه Defect اَقسام رخوه بصورت متوسط و یا وسیع موجود میباشد.

بعضی جراحان برای اینکه بدانند جرحهء جدار بطن داخل بطن گردیده و یاخیر؟ در داخل جرحه پروب را داخل نموده و توسط آن میخواهند تشخیص نمایند که جرحه داخل بطن شده و یا خیر.که این عمل ایشان چندان علمی و عملی نمیباشد و باید از این عمل اجتناب شود. براي معلوم کردن عمق جرحه اول باید ساحه خوب پاك شود و بعد در نزدیك جرحه جراح تحت شرایط معقم جدار بطن را پاره کرده و خود را به پریتوان برساند بعد از این کلکین ساخته شده جراح بدقت زیاد پریتوان دور و پیش جرحه را خوب معاینه نموده که سوراخ موجود است یا خیر. اگر سوراخ در آن موجود بود بدین معنی که جرحه داخل پریتوان شده همچنان از راه همین کلکین جوف بطن واحشای بطن را معاینه نموده، اگر خون یا جرحه احشا مشاهده گردید نیز معلوم می شود که جرحه داخل بطن شده که در اینصورت باید کلکین را بطرف بالا و پائین و سعت داد و بطن را بصورت وسیع باز می نماید. بعد از باز کردن بطن تمام احشا بدقت تمام معاینه شود اگر کدام یك از آنها مجروح شده باشد باید تداوی گردد و بعد از تداوی جدار بطن دو باره بسته شود. لاکن اگر هیچ یك از احشا ماؤف نگردیده باشد جدار بطن

حالات تقرح مینماید یعنی قرحه، Ischemic بوجود میآید.

اعراض و علایم سریری:

در مرحله، اول فتق های جراحی که صرف طبقه های زیرین از هم جدا شده میباشد. از نظر سریری چیزی بنظر نمیرسد اما وقتیکه فوحه فتقیه بوجود آمد محتوی کیسه به شکل یك کتله در تحت جلد نمایان میگردد اگر مریض سرفه نماید Cough Impulse مثبت میباشد. فتق های جراحی وسیع اکثراً بی درد میباشد اما فتق های کوچك دردناك بوده و اندازه اختناق آن نیز زیاد میباشد.

تداوی:

در صورتیکه فوحه، فتقیه کوچك باشد باید توسط یك عملیه، جراحی کیسه فتقیه آزاد، گره و قطع گردد. در حالاتیکه فوحه، فتقیه بسیار کلان باشد ترمیم جدار بطن بسیار مشکل و حتی در بعضی حالات ناممکن میباشد زیرا یکجا کردن کناره های فوحه، فتقیه مشکل بوده و اگر تحت فشار بسیار باهم نزدیك و دوخته شود، چون کولی های جراحی تحت فشار قرار میگیرد اکثراً دو پاره کنده شده و از هم جدا میگردد. در این قسم فتق های کلان باید کناره های فوحه فتقیه مثل واسکت قرار داده شده و توسط مواد دوخت بسیار محکم دوخته شود اما اگر کشش بسیار زیاد باشد نوك به نوك دوخته میشود. در این قسم فتق ها بهتر است از چره بند و یا بندار های الاستیکی استفاده شده و هیچ عملیات نشود وقتیکه جراح فیصله نماید که چنین فتق های کلان را عملیات نماید باید قبل از عملیات

نقاط آتی را در نظر داشته باشد:

A- باید مریض وزن خود راکم نماید.

B- باید امعای مریض خوب تخلیه شود.

C- قبل از عملیات و هم در روز عملیات -PNEUMO PERITONEUM اجرا شود.

فتق مختنق:

زمانیکه محتوی فتق تحت فشار آنی و دوامدار قرار بگیرد. این فشار از هر سببیکه باشد وقتیکه باعث قطع جریان خون محتوی فتق گردد میگوئیم فتق دچار اختناق قرار گرفته و مختنق شده است. زمانیکه عروه معائی از فوحه، فتقیه عبور مینماید مساریقه آن (MESENTER) نیز با آن یکجا عبور میکند تحت شرایط و فکتور های مختلف این محتوی کیسه در خنای فوحه، فتقیه تحت فشار دوامدار قرار میگیرد در این وقت امعاء تحت دو وتیرهٔ مرضی قرار میگیرد یکی فشار بالای Mesenter که این فشار از یک سو باعث رکودت وریدی و تولید اذیا و انصباب می شود جریان شریانی محتوی را متأثر میسازد از طرف دیگر علاوه براینکه مساریقه، امعا تحت فشار قرار دارد خود عروه معائی نیز در حلقای فوحه تحت فشار قرار میگیرد که باعث انسداد امعأ شده و این حادثه به نوبه، خود سبب توسع عروه معائی از یک سو و سبب اذیای جدار امعأ از سوی دیگر گردیده فشار موجوده را بیشتر بلند می برد تا فشار بحدی برسد که جریان خون شریانی را قطع و محتوی دچار اختناق گردد.

Physiopathology

۱-انسداد معایی:

قراریکه قبلاً گفتیم وقتیکه فشار در حذای فوحهء فتقیه زیاد شود این فشار باعث انسداد امعاً گردیده در نتیجهء جوف امعاً متوسع شده و جدار آن اذیمایی میگردد. در این اثنا قدرت نفوذیهء جدار Capillary ها بسیار بلند رفته و یك اندازه زیاد مایع الکترولیت وغیره بطرف جوف امعاً جوف کیسهء فتقیه و جدار امعاً سرازیر میگردد که این مایع انصبابی در ابتدا رنگ زرد لیموئی داشته بعداً زمانیکه نکروز و تقرحات در جدار امعای اختناقی تولید گردد رنگ انصباب خونی و بعداً وقتیکه جدار امعاً در قسمت های نکروزی و تخریب شده تثقب نماید مایع انصبابی غایطی میگردد. در اثنای عملیات اگر دیده شود مایع زرد لیموئی است و جدار امعاً هنوز کاملاً سالم بوده صرف یك اندازه تغیر رنگ در آن موجود است که آن هم با انداختن سیروم گرم دوباره بحالت عادی تبدیل گردد ضرورت به Resection امعاً دیده نمیشود، باید داخل جوف بطن ساخته شده و فتق ترمیم گردد. اما اگر رنگ انصباب خونی و یا غایطی باشد و جدار امعاً در بعضی قسمت ها ساحه های نکروتیك و یا تثقب را نشان میداد باید Resection صورت بگیرد و در اثنای Resection امعای ماؤفه از 5-10 cm قسمت Proximal امعاً خوب تفتیش شود و بعد Resection اجرا گردد.

۲- حوادث انتانی:

وقتیکه امعای انسدادی دچار اختناق شد رکووت، اذیما وتوسع باعث بلند بردن ویرولانس میکروبها گردیده و به سرعت تکثر و پیشرفت مینماید به این صورت انتان در عروه انسدادی تأسس کرده بعضاً بطرف پریتوان مهاجرت نموده سبب پریتونیت میشود و بعضاً داخل دوران گردیده Septicemia را بوجود می آورد. همچنان Mi-gration یا مهاجرت میکروبها از جدار امعاً بطرف مایع انصبابی نیز صورت میگرد که باعث پریتونیت میگردد.

۳- حوادث نکروزی:

در قسمت های که به آن خون نمیرسد آهسته آهسته نکروز شروع می شود چون فشار در جوف امعاً بسیار بلند است اکثراً قسمتهای نکروزی تثقب مینماید.

اعراض سریری:

۱- صفحهء شروع:

اگر مریض که قبلاً مصاب فتق بوده دفعتاً فتق وی به اختناق دچار گردد. اولین عرض سریری آن عبارت از درد شدید و دوامدار است که درد مذکور در ناحیهء اختناق بصورت آنی و حاد پیدا شده و بعداً نسبت تخریش پریتوان دلبدی و استفراغ پیدا می شود.

۲- دورهء تاسس:

در حالیکه درد موضعی به شدت خود دوام میدهد بطرف بطن نیز انتشار مینماید که درد بطن در اثنای Peristaltism امعاً بسیار

شدت پیدا مینماید چون امعاً اصلاً معروض به یك انسداد میخانیکی میباشد بناً استفراغات در ابتدا، غذایی بعداً صفراوی و بعد از آن غایطی میگردد. اگر صرف یك قسمت امعاً در فوحه، فتقیه داخل شده باشد و متباقی امعا خارج فوحه، فتقیه قرار داشته باشد (Richter Hernia) ترانزیت معایی موجود میباشد اما در حالاتیکه تمام قطر امعاً داخل فوحه، فتقیه دچار اختناق شده باشد ترانزیت گازات و مواد غایطه موجود نمیباشد. دراین دوره درجه، حرارت نورمال، نبض منظم و حالت عمومی مریض چندان خراب نمیباشد.

با تفتیش یك تورم در ناحیه، فتق دیده می شود که با جس حساس و دردناك میباشد با مانوره ها کتله قابل ارجاع نمیباشد، باقرع اصمیت و با اصغاً آواز های معائی شنیده نمیشود.

سیرمرض:

فتق مختنق یك واقعه، عاجل جراحی بوده اگر به زودترین فرصت عملیات نگردد، اعراض انسدادی پیشرفت نموده تا بالاخره امعای اختناق شده تثقب کرده یك Phlegmon قیحی غایطی را می سازد. اگر مریض بحالت خود گذشته شود مرض سیر کشنده را اختیار مینماید ازاینرو باید به زودی عملیات شود.

تشخیص:

تمام فتق های که بصورت آنی دردناك وغیر قابل ارجاع گردد باید به زودی عملیات شوند. برای تشخیص از تاریخچه، اعراض و علایم

استفاده می شود.

تشخیص تفریقی:

فتق های مختنق باید با ابسی های گرم تفریق گردد، در خراج یا ابسی درد ناحیوی موجود بوده لاکن اعراض انسدادی در مریض دیده نمیشود. همچنان در التهابات عقـدات لمـفاوی ناحیـهء وی هم تورم و درد پیدا میشود لاکن در آنها اعراض انسدادی موجود نمیباشد در تمام حالات انسدادی قبل از آنکه Laparatomy اجرا گردد باید اول جراح نواحی فتق را به دقت تفتیش و معاینه نماید. بعد از آنکه اطمینان حاصل کرد که فتق انسدادی موحود نیست Laparatomy اجرأ نماید.

تداوی:

یگانه تداوی فتق مختنق عبارت از عملیات جراحی است تا هرچه زود تر فشار از بالای مساریقه وعروه معایی دور ساخته شود. شق عملیٌت بالای کیسهء فتقیه اجرا و کیسه باز میگردد اما فوحهء کیسه فتقیه یا عنق کیسه باز نمیگردد. زیرا اگر فوحه ابتدا باز شود امکان آن موجود است که امعأ داخل جوف بطن شود که در آن صورت یافتن دوبارهء آن مشکل است. دوم اینکه اگر عنق اول باز شود مایع انصبابی که داخل کیسه موجود است و بسیار Toxicمیباشد داخل جوف بطن شده و به زودی توسط سطح پریتوان جذب می شود ازاینرو وقتیکه کیسه فتقیه باز شد مایع Toxic فوق باید Suction گردد بعد از آن عروهء معایی و مساریقه تثبیت گردیده بعدأ عنق آزاد می

شود تا فشار از مساریقه و امعأ دور ساخته شود. اگر رنگ امعأ کمی تغییر نموده بود سیروم فزیولوژیك گرم بالایش تطبیق گردد. اگر حرکات Peristaltic آن پیدا شد دوباره بجوف بطن ارجاع شود. اما اگر بعضی نقاط بنفشوی و یا نقاط سیاه مایل دیده شد نکروز همان نواحی را نشان میدهد که باید Exision و خیاطه گذاری گردد.

اگر رنگ امعأ بسیار تیره و سیانوتیك باشد و رنگ مایع داخل کیسه خوندار باشد در اینصورت قسمت فوق امعأ باید Resection گردد.

اگر Phlegmon وتقیح تأسس کرده باشد و امعأ نیز تثبیت شده باشد بهتر خواهد بود راساً از طریق بطن مداخله صورت گیرد و یك اندازه از قسمت Proximal و Distal امعأ که در کیسه داخل شده کاملاً قطع و Anastomose گردد وپریتوان دوخته شود و بعد بالای ساحه فتق کار شروع گردد وساحه پلان به پلان دوخته شده و جهت دریناژ خوبتر Drain گذاشته شود. بعضی مؤلفین تا دو ماه یك قسمت از صفاق جدار بطن و نسج تحت الجلد را باز نگه میدارد و بعداً توسط عملیات دوم آنرا بسته می کند (تا از خطر جمع شدن دوباره چرك و تشکل Abscess با لکل اطمینان داشته باشد.) قبلاً گفتیم که در صورت موجودیت Phlegmon باید کمی دورتر از آن شق جداگانه اجرا شده و بعد از Anastomose امعأ و دوختن شق جدید شق ناحیهء فتق را ترمیم می کنیم هدف از این شق جدید این

است تا میکروبها از Phlegmon داخل جوف بطن نشود و پریتونیت تاسس ننماید.

امراض پریتوان

پریتوان جداری یك قسمت جدار بطن است ازاینرو باید در امراض جدار بطن مطالعه شود. قبل از امراض پریتوان باید اول فزیولوژی آنرا کمی بدانیم.

فزیولوژی:

پریتوان وظایف زیاد دارد مهمترین آن قرار ذیل است:

۱- پریتوان نظر بخاصهء لغزندهء که دارد با حرکات استداری امعاً کمك می کند. همچنان به اساس همین خواص خویش با حرکات حجاب حاجزی در وقت تنفس بسیار کمك می کند و نیز به عکس العمل عضلات جدار بطن در مقابل تنبهات خارجی یاری میرساند.

۲- پریتوان و خصوصاً ثرب در محدود ساختن و احاطه کردن انتاناتیکه در جوف پریتوان داخل می شود رول بسیار بزرگ بازی می کند طوریکه در زمان دخول انتانات در جوف بطن در سطح پریتوان یك نوع Fibrinous Exudate تولید گردیده که در نتیجه آن تمام سطوح عروات معائی، پریتوان جداری وثرب با همدیگر چسپیده و ساحهء منتن را مثل دیوار احاطه می نماید تا از انتشار و وسعت انتان جلوگیری نماید.

۳- ثرب یا Omentum قدرت فوق العادهء انتقال و حرکت دارد و در وقت بسیار کم خودرا به ساحهء انتان میرساند تا در پروسهء

محدود ساختن انتان با پریتوان خود را شریك سازد. همچنان اگر یك سوراخ در جدار بطن، حجاب حاجز، معده، کولون یا امعای رقیقه پیدا شود ثرب به سرعت فوق العاده زیاد بحرکت افتاده، خودرا به محل مثقوبه رسانیده و آنرا تا حد ممکن بند می سازد. ازاینرو اکثر مؤلفین ثرب را بنام Police Man جوف بطن یاد کرده است.

٤- ثرب و پریتوان کوشش میکند که تمام انتانات جوف بطن را در ابتدا محدود نموده و در مرحلهء دوم آنرا مثل کپسول احاطه سازد. مثلاً اگر یك التهاب موضعی تا 36 ساعت باقی بماند توسط ثرب و پریتوان مثل دیوار احاطه می گردد و نمیگذارد که به بخش های دیگر جوف بطن انتشار و وسعت نماید.

٥- تمام عناصر خون به شمول حجرات سرخ خون به بسیار آسانی بین سیستم وعائی پریتوان مبادله می گردد.

٦- سطح پریتوان قدرت فوق العاده امتصاص دارد و در وقت بسیار کم تمام مایعات جوف بطن و مواد توکسیك را امتصاص می کند. ازاینرو در بعضی حالات از راه پریتوان مایعات وحتی در نوزادان و اطفال کوچك خون هم داده شده میتواند.

٧- در بعضی امراض گرده ها وغیره که مواد توکسیك در عضویت تراکم نموده و اندازهء آن بسیار بلند رفته باشد و یك حالت توکسیك بوجود آمده باشد بخوبی میتوانم از طریق پریتوان مواد توکسیك مذکور را از عضویت خارج سازیم. به ترتیبیکه یك تروکارد مخصوص را در جوف بطن داخل نموده و از اینطریق محلول مناسب

داخل جوف پریتوان گردیده و بعد از 0.5-1 ساعت محلول فوق تبدیل وتوسط محلول جدید عوض می شود و این تبدیل کردن محولات را تا زمانی ادامه میدهیم که سویهء مواد Toxic پائین شود.

فشار هیدرو ستاتیك جوف بطن بصورت وسطی 8cm آب است که در وقت استراحت تخته به پشت به 4-6 cm آب تنزیل میکند ودر وقت ایستاد شدن فشار قسمت سفلی جوف بطن تا 20cm آب بالا میرود و در وقت سرفه کردن این فشار تا 150cm آب بلند میرود. در اثنای پریتونیت فشار جوف بطن از یك سو نسبت توسع و اذیمای جدار امعاً و از سوی دیگر از سبب تراکم مایعات وقیح در جوف بطن فشار جوف بطن بیسار بلند میشود که از سبب بلند رفتن فشار جوف بطن تغیرات پتالوژیك ذیل بوجود می آید:

a- سبب رکودت وریدی گردیده که در نتیجهء آن Out put قلب تناقص می نماید.

b- بالای حجاب حاجز فشار وارد گردیده و آنرا بطرف ریه ها بالا میبرد که در نتیجهء آن Tachypnea (تنفس سطحی وسریع) بوجود می آید.

c- باعث تحولات ECG گردیده خصوصاً QRS تغییر می کند.

d- اروای ریه ها تقریباً 50% تناقص می نماید.

۸- پریتوان هم مثل جلد، Dura و پلورا فوق العاده حساس بوده، خصوصاً پریتوان جداری از اعصاب حسی بسیار غنی بوده که

فوراً بسته شود.

یك نکتهء مهم و اساسی دیگر این است که جراح هیچوقت اصل جرحه را با جرحه که خودش می سازد ارتباط ندهد بلکه باید بین شان یك اندازه مسافه موجود باشد. بهر صورت وقتیکه کار جوف بطن از طریق شق جدید تمام شد بعد جرحه اصلی جدار بطن مثل سایر جروحات بدن تحت تداوی گرفته شود.

۲- زخم هائیکه از جدار بطن عبور و داخل جوف بطن شده باشد:

این نوع زخم های جدار بطن بدوقسم است: یکی آنکه جرحه از تمام طبقات جدار بطن عبور نموده و داخل جوف بطن گردیده لاکن احشای جوف بطن کاملاً سالم و هیچ ماؤف شده نمیباشد. دوم آنکه جرحه بعد از آنکه از جدار بطن عبور نمود و داخل جوف بطن گردید یك و یا چندین احشاء را ماؤف کرده میباشد مثلاً مساریقه، معده، امعاء، طحال، جگر وغیره را زخمی کرده میباشد که در اینصورت باید فوراً تمام جروحات احشاء بطن تداوی و نزف متوقف ساخته شود که تداوی جروحات احشای مختلف بطن را در بحث جروحات احشا مفصلاً مطالعه خواهیم کرد.

اعراض وعلایم

در ترضیضات جدار بطن اعراض و علایم نظر به نوعیت جرحه و اختلاطات آن فرق میکند در صورتیکه هیچ یك از احشای بطن ماؤف نشده باشد و یا جرحه اصلاً از جدار بطن عبور نکرده باشد اعراض و علایم آن فقط مثل اعراض و علایم یك زخم ساده است اما در

اعصاب آن از صدری هفتم تا قطنی اول (C7 L1) منشأ گرفته که خبر را به بسیار سرعت انتقال میدهد. (سرعت انتقال خبر آن در 1sec ، 100m است.) از اینرو گفته میتوانیم که پریتوان جداری به مقابل تماس، حرارت و تخریش فوق العاده حساس است. درد پریتوان جداری موضعی و فوق العاده تیز است مثلاً مریض میگوید سوراخ شدم. درد پریتوان جداری حجاب حاجز موضعی نبوده به امتداد عصب Pherenic انتشار می نماید. درد پریتوان جداری حوصله هم آنقدر موضعی نیست.

اعصاب حسی پریتوان حشوی آنقدر حساس نیست وانتقال خبر آن در 1sec به 1m میرسد (زیرا الیاف عصبی آن دارای میالین می باشد). الیاف اعصاب حسی پریتوان حشوی با الیاف اعصاب Sympathetic و Parasympathetic یکجا گردیده و پریتوان حشوی را تعصیب کرده است. پریتوان حشوی بمقابل حرارت و تماس آنقدر حساس نیست لاکن بمقابل کشش فوق العاده حساس است، مثلاً وقتیکه امعأ توسع کند و یا مساریقه کش شود درد، دلبدی و استفراغ تولید می شود (یعنی عکس العمل پریتوان حشوی بصورت درد، دلبدی واستفراغ و فشار نمایان می گردد.) و عکس العمل اعصاب Autonomic بصورت عرق، سقوط فشار، Brady cardia ، Cardiac Arrest نمایان میگردد.

Peritionitis

التهاب پریتوان بنام پریتونیت یاد میگردد که یك مرض خطرناك و

کشنده است.

تصنیف:

بصورت ساده به پریتونیت موضعی و پریتونیت عمومی حاد و مزمن تقسیم شده اما تصنیف مکمل آن قرار ذیل است: شیمای (۱)

۱- پریتونیت حاد مقدم یا ابتدایی (Acute Primary Peritonitis)

۲- پریتونیت حاد مؤخر یا ثانوی (Acute Secondary Peritonitis)

۳- پریتونیت حاد اسپتیك (Acute Septic Peritonitis)

٤- پریتونیت حاد اسپتیك (Acute Aseptic Peritonitis)

۵- پریتونیت مزمن مقدم یا ابتدای (Chronic Primary Peritonitis)

٦- پریتونیت مزمن مؤخر یا ثانوی (Chronic Secondary Peritonitis)

۷- پریتونیت مزمن اسپتیك (Chronic Septic Peritonitis)

۸- پریتونیت مزمن اسپتیك (Chronic Aseptic Peritonitis)

۱-پریتونیت حاد مقدم یا ابتدائی:

از طرف اکثر مؤلفین بنام Idiopathic Peritonitis نیز یاد میگردد زیرا سبب آن درست فهمیده نمی شود مگر بعضی مؤلفین عقیده دارند که سبب آن انتانات موضعی عضویت بوده ومکروبها از انتانات موضعی مثلاً ابسه های جلدی، انتانات گلو، نفیر ها ، گوش وغیره داخل دوران گردیده وبالاخره از طریق دوران به پریتوان میرسد و التهاب حاد پریتوان را بوجود میآورد که این التهاب شده میتواند موضعی باشد و یا عمومی واکثراً توسط Pneumo coccus و Streptococcus بوجود می آید، این قسم التهابات

تصنیف پریتونیت
Peritonitis

Local peritonitis
پریتونیت موضعی

- Chronic Local Peritonitis
- Chronic Primary L. peritonitis
- Chronic secondary L. peritonitis
- Chronic septic L peritonitis
- Chronic Aseptic L. peritonitis

- Acute Local peritonitis
- Acute primary Local Peritonitis
- Acute secondary L. Peritonitis
- Acuteseptic L.Peritonitis
- Acute Aseptic L. Peritonitis

General peritonitis
پریتونیت عمومی

- General Chronic Pritonitis
- Chronic Primary G. peritonitis
- Chronic secondary G. peritonitis
- Chronic septic G.peritonitis
- Chronic Aseptic G. peritonitis

- Acute General peritonitis
- Acute primary general Peritonitis
- Acute secondary G. Peritonitis
- Acute septic G.Peritonitis
- AcuteAseptic G. Peritonitis

پریتوان بسیار نادر است.

۲- پریتونیت حاد ثانوی یا مؤخر:

این قسم پریتونیت بسیار زیاد عمومیت دارد. در حقیقت وقتیکه نام پریتونیت را می شنویم در فکرما پریتونیت حاد ثانوی یا مؤخر خطور می نماید.

ایتولوژی:

الف- بعد از تثقبات طرق معدی معائی مثلاً تثقب معده، کولون، امعای رقیقه، سگموئید و بالاخره ریچر اپندکس، ریچر قرحهٔ اثناعشر، Diverticulitis تثقبات در اثر تومورهای خبیث طرق بولی، تثقبات قرحات معده همچنان تثقبات طرق معدی معائی توسط اجسام اجنبی و بالاخره تثقبات در اثر جروحات نافذه و جروحات ناریه وغیره.

ب- در اثر Migration یا مهاجرت میکروبهااز امعأ بجوف پریتوان مثلاً در انسداد امعای رقیقه، امعای غلیظه، تدور کولون وغیره خصوصاً که انسداد بمرحلهٔ Strongulation برسد یك تعداد زیاد میکروبها از جوف و جدار امعا بجوف بطن مهاجرت نموده و سبب پریتونیت میگردد. همچنان در Ulcerative Colitis و ترومبوز مساریقه (Mesenteric Thrombosis) میکروبها از امعا بجوف بطن مهاجرت نموده میتواند.

ج- ریچر ابسی های احشای بطن مثلاً ریچر ابسی های کبد، ریچر ابسی های تحت حجاب حاجز، ریچر ابسی های جوف

Douglas و بالاخره ریچر ابسی های توبرکلوزیک عقدات لمفاوی مساریقه وغیره.

د- انتانات ملحقات طرق معدی معایی مثلاً Acute Pancreatitis، Acute Cholecystitis سبب پریتونیت فوق می شود.

هـ- آفات اعضای تناسلی زنها مثلاً Salpangitis، Septic Abortion، Endometritis.

هم چنان غلطی های که در یك عملیات بطنی صورت میگیرد سبب پریتونیت فوق شده میتواند مثلاً مراعات نکردن شرایط معقم، باقی ماندن اجسام اجنبی مثل گاز، پنس، قیچی، کلوله تار وغیره در جوف بطن. همچنان لیك ماندن Anastomose های امعای رقیقه، معده، کولون، کیسه صفرا وغیره.

ز- عوامل غیرانتانی مثلاً Hemoperitonitis بعد از جروحات کبد، طحال وغیره Billary Peritonitis بعد از جروحات طرق صفراوی و Chylous Peritonitis بعد از جروحات سیستم مدرن

۳- پریتونیت مزمن ثانوی یا مؤخر:

این قسم پریتونیت ها عموماً توسط توبرکلوز، اجسام اجنبی، Miconium, Metastatic Carcinoma وغیره بوجود می آید که در مملکت ما پریتونیت مزمن ثانوی توبرکلوزیك فوق العاده عمومیت دارد که در بحث آن آنرا مطالعه خواهیم کرد.

:Bacteriology

در بحث باکتریولوژی پریتونیت ما فقط از باکتریولوژی پریتونیت حاد ثانوی یا مؤخر بحث مینمائیم که بعد از تثقب طرق معدی معایٔ و یا توسط Migration از طرق معدی معایی سبب پریتونیت حاد ثانوی میگردند.

در تولید پریتونیت حاد ثانوی میکروبهای آتی عمومیت دارد:

a- E. Coli و Streptococcus زیاد عمومیت دارد:

b- Proteus، Staphylococcus aurus، Diplococcus Pneumonia, Klebsiella aerogenes، Para colon bacterum زیاد دیده میشود.

c- میکروبهای Anaerobic مثل Clostridum Welchii، Cl. tetani، Cl. Perfringens وغیره.

:Pathogenesis and Pathology

زمانیکه بکتریها و یا مواد مخرش دفعتاً داخل جوف پریتوان گردد باعث یك عکس العمل التهابی در سطح پریتوان گردیده که از سبب این عکس العمل التهابی قدرت نفوذیهء Capillary های پریتوان فوق العاده زیاد گردیده که در نتیجهء آن مقدار زیاد مایعات، الکترولیت ها، پروتین ها، کریوات سفید وسرخ خون داخل جوف پریتوان میگردد. ازاینکه التهاب بصورت موضعی باقی میماند و یا اینکه در تمام جوف پریتوان منتشر می شود مربوط به حجم (تعداد) قدرت ویرولانس میکروبها عکس العمل پریتوان و اندازه

قدرت دفاعی مریض است. مایعیکه از سطح پریتوان در جوف پریتوان آزاد می شود (Exudate) حاوی مقدار زیاد پروتین بوده که این پروتین مقدار زیاد فبرینوجن را احتوا می نماید. در نتیجه در سطح پریتوان مقدار زیاد فبرین تراکم کرده و زمینه برای التصاقات سطوح پریتوانی و محدود کردن انتان مساعد می شود. هر اندازه که عکس العمل پریتوان و قدرت دفاعی شخص زیاد باشد به همان اندازه میکروبها خوبتر وزود تر احاطه شده. و از پریتونیت عمومی جلوگیری می شود. فبرینیکه در سطح پریتوان پیدا می شود در ظرف دو سه هفته به الیاف لیفی و بالاخره به بندل های لیفی مبدل گردیده که این بندل های لیفی بعضاً بالای جدار امعأ از سبب فشار باعث انسداد امعامی شود و بعضاً عروهٔ معایی بدور بندل لیفی تاب خورده و انسداد امعأ بوجود میآید.

وقتیکه پریتونیت موضعی گردید بدو طرف سیر می کند یا آهسته آهسته به اثر مقاومت عضویت و یا استعمال انتی بوتیك مناسب رشف میگردد و یا باعث تشکل ابسی گردیده که این ابسی بعضاً در جوف پریتوان تخلیه گردیده و سبب پریتونیت عمومی میشود و بعضاً بداخل معده، کولون وامعای رقیقه تخلیه می شود و یا اینکه طرف جلد باز میگردد.

آن قسمتی از امعأ که در ساحه التهابی قرار دارد قدرت امتصاص و حرکات استداری خویش را از دست میدهد و متوسع میگردد که این قسمت متوسع امعأ در یك معاینهٔ دقیق فزیکی و هم توسط کلیشه

های رادیو گرافی یافت شده میتواند. این را هم باید علاوه کرد که تیپ Exudate که در التهاب پریتوان بوجود می آید نظر به نوعیت میکروب فرق می کند مثلاً اگر میکروب Streptococci سبب التهاب پریتوان شده باشد Exudate آن Hyaluronidase و دیگر فکتورهای انتشاری را احتوا می کند از اینرو به زودی بتمام جوف پریتوان انتشار کرده و پـریتونیت عمومی را می سازد. Exudate که توسط E.Coli بوجود می آید بسیار فبرین را احتوا می کند و Exudate میکروب های Anaerobic فوق العاده بوی ناك میباشد.

:Physiopathology

از نظر فزیو پتالوژی در پریتونیت تغییرات عمده‌ء ذیل بوجودمی آید.

۱- تغییرات دورانی.

۲- تغییرات تنفسی.

۳- تحولات میتابولیك.

٤- Toxemia.

۱-تغییرات Circulatory یاتغییرات دورانی:

در یك مریضیکه مصاب پریتونیت است چون یك مقدار زیاد مایعات و مواد پروتینی از ساحه‌ء Extracellular داخل جوف پریتوان گردیده و در جـوف پـریتوان جـدار امعـاً و جـوف امـعاً قرار میگیرد کـه در نتیجـه‌ء آن عودت وریدی تنقیص یافته و دهانه‌ء قلبی یا cardiac out put تناقص مینماید که در این اثنا

Perfusionانساج خصوصاً Perfusion کلیوی خراب شده و موجب Oliguria و حتی در وقایع و خیم سبب Anuria و Uremia میگردد. همچنان انساج دچار Anoxia گردیده که منتج به شاك می شود.

۲-تحولات‌تنفسی:

چون بطن توسع نموده حجاب حاجز را بالآتیله نموده که در نتیجهء آن هوای ذخیروی شهیق تناقص نموده و تنفس سطحی میگردد و در مرحلهء Septic Shock پریتونیت تعداد تنفس بالا میرود.

۳- تحولات میتابولیزم:

در پریتونیت اندازه ضیاع انرژی و پروتین ها به دلایل ذیل بسیار بالا میرود.

a- نخوردن مواد غذایی.

b- مقدار زیاد پروتین در جوف امعا وجوف پریتوان داخل می شود.

c- جهت مجادله با انتان عضویت انرژی زیاد خویش را از دست میدهد که به شکل تب تظاهر می نماید.

٤- Toxemia:

تقریباً در 12% وقایع پریتونیت Bacteremia بوجود میآید که حالت عمومی بعضی از این مریضان از سبب Toxemia بسیار خراب بوده ودر یك لوحهء شاك می باشد که بنام SepticShock یاد

از 20% کم نمیگردد این مریضان دارای اوصاف مشخص ذیل میباشد:

a- تناقص مقاومت جدار اوعیه محیطی که سبب آن خوب واضح نشده مگر اکثر مؤلفین عقیده دارد که عضلات ملسأ جدار اوعیهء محیطی از سبب توکسین ها فلج شده میباشد.از اینرو به هر اندازه ادویه Vasoconstrictor که به این مریضان داده می شود فشار خون مریضان مذکور بالا نمیرود.

d- در 30% وقایع در Septic Shock دهانهء قلب تناقص نموده می باشد.

c- باوجود اینکه حجاب حاجز بالا رفته اما باان هم اندازه تنفس مریضان بلند میباشد. اسید لکتیك خون بلند و PH آن نورمال می باشد.

d- در قسمتهای مختلف عضویت مثل دماغ، ریه و خصوصاً کبد خطر تشکل البسی های Metastatic بسیار زیاد موجود است.

اعراض و علایم:

بدو مرحله مطالعه می شود. یکی مرحلهء ابتدایی یا Initial و دوم مرحلهء نهایی یا Terminal.

a- مرحلهء ابتدایی یا تأسس مرض:

در این مرحله اولین عرض درد بطن است که بصورت آنی و دفعتاً شروع گردیده وصف آن خلع زدن و شدت آن نظر به واقعه متحول است.درد دوامدار بوده و مریض در بستر خیلی آرام بوده و مثل

صورتیکه احشای بطن ماوف شده باشد مثلاً رپچر طحال، رپچر کبد، پاره شدن مساریقه وغیره اعراض و علایم آن بسیار وخیم بوده که از اثر Hypovolemia و یا Peritonitis بوجود میآید. مثلاً در صورتیکه کبد ویا طحال رپچر نموده باشد از سبب نزف شدید و شایع شدن خون Hypovolemia بوجود آمده، از نظر سریری سقوط فشار، نبض سریع، خیطی و خالی میباشد،Tachycardia عرق سرد ، سردی نهایات وخاسف بودن نهایات موجود میباشد اندازه هیموگلوبین و هماتوکریت تناقص کرده میباشد، در صورتیکه درکولون یا امعاء رپچر نموده باشد اعراض و علایم پریتونیت دیده می شود مثل دلبدی، استفراغ، شخی عضلات جدار بطن، distension بطن، معدوم شدن و یا متناقص شدن حرکات پرستالتیك وغیره دیده شده میتواند.

تشخیص:

تشخیص از روی تاریخچه، اعراض، علایم، معاینات لابراتواری و معاینات رادیولوژیك وضع می گردد.

تداوي:

تداوی هم مثل اعراض و علایم نظربه واقعه فرق میکند، مثلاً اگر رپچر طحال موجود باشد باید جهت توقف نزف طحال کشیده شود.اگر یك جرحه کوچك در کبد موجود باشد بسته گردد. خلاصه تداوی نظر به نوع واقعه فرق می کند در اینجا از آن بحث نمیکنیم.بعداً بصورت مفصل در قسمت جروحات احشای بطن از آن

مریضان اپند یسیت وانسداد که آنها در بستر خیلی نارام بوده واز پهلوی به پهلوی دیگر در بستر حرکت مینماید نمیباشد.

همچنان مریض دلبدی و استفراغ داشته ودر اکثر حالات ترانزیت معائی متوقف بوده لاکن این توقف ترانزیت ثابت نبوده بعضی مریضان حتی اسهال میباشند. تنفس اکثر مریضان سریع و درجهٔ حرارت آن متحول است و در بعضی حالات درجهٔ حرارت از حالت نورمال پائین میباشد که به وخامت مرض دلالت مینماید.

با تفتیش دیده می شود که بطن باتنفس اشتراك نمینماید. باجس شخی عضلات جدار بطن تثبیت شده میتواند، Contracture عضلات جدار بطن متحول میباشد.در واقعات تثقب قرحات معدی اثنا عشری Contracture بسیار شدید میباشد که بنام بطن چوبی یاد میگردد اما در بعضی حالات Contracture بسیار خفیف بوده صرف یك مقاومت عضلات جدار بطن جس می شود که بنام Defense Muscular یاد میگردد. ناگفته نباید گذاشت که این Contracture عضلات جدار بطن در بعضی مریضان بسیار Cashectic یا مریضانیکه مصاب تثقب باشد بسیار خفیف وحتی بعضاً معدوم میباشد. با قرع اگر تثقب در احشای مجوف بطن موجود باشد اصمیت کبدی و تحت اضلاع کاملاً زایل شده می باشد و عوض آن وضاحت موجود می باشد که نشانهٔ تجمع گازات است. با اصغا حرکات استداری بگوش نمیرسد که عدم تحرکیت امعأ را نشان میدهد. در جس مقعدی جوف Douglas یك قسم پُر بوده که در عین زمان

دردناك نیز میباشد.

b- مرحلهء Terminal:

اگر مریض پریتونیت 9-3 روز بدون تداوی باقی بماند به صفحه Terminal داخل می شود. وجه این مریضان سیانوتیك بوده، فشار پائین، نبض سریع، سطحی و خیطی میباشد. بطن مریض منتفخ و Rigidity در تمام عضلات جدار بطن موجود می باشد. دلبدی و استفراغ موجود بوده و بعضاً با هکك همراه می باشد. حرکات استداری امعاً معدوم و بطن فوق العاده حساس و دردناك است.

در حالت Septic Shock و Hypovolemic Sock تمام اعراض آن دیده شده میتواند. هر قدر پریتونیت پیشرفت نماید درجهء حرارت به همان اندازه بلند میرود. پریتونیتیکه بعد از تثقب معده واثنا عشر بوجود آمده باشد امکان دارد درجه حرارت از حالت نورمال نیز پائین تر باشد.

درد در تمام بطن موجود بوده اما شدت آن نظر به اینکه پریتوان جداری و یا حشیوی دچار التهاب شده فرق می کند یعنی شدت درد پریتوان جداری بسیار زیاد است.

تشخیص:

از روی تاریخچهء اعراض، علایم و معاینات رادیو لوژیك، صورت گرفته میتواند. همچنان اندازه کردن Amylase برای تفریق از Pancreatitis کمك زیاد می نماید.معاینات رادیولوژیك خصوصاً رادیو گرافی سادهء بطن در صورت تثقبات احشای مجوف بطن هوای

آزاد را در تحت حجاب حاجز نشانداده میتواند. Paracentesis از یك سو برای معلوم کردن نوعیت میکروب واز سوی دیگر برای معلوم کردن. حساسیت میکروب بمقابل انتی بیوتیك کمك خوب مینماید.

تشخیص تفریقی:

باید از انتانات خصوصاً انتانات قاعده، ریه ها در اطفال، TB، محرقه، کولیك های کلیوی، کولیك های کبدی، مرض Tabes، انسداد امعاً، Pancreatitis، گزیدن بعضی خزنده ها مثلاً Spider، بعضی اشکال Tetanus، Spherocytic Anaemia و غیره تفریق گردد.

تداوی جراحی:

اهتمامات قبل از عملیات:

قبل از اینکه اقدام به Laparatomy شود باید اهتمامات ذیل در نظر گرفته شود:

۱- باید حالت عمومی مریض اصلاح و برای عملیات آماده گردد.

۲- باید تا حد امکان کوشش شود که توسع بطن توسط Nasogastric tube و یا Intestinal tube از بین برده شود تا ریه ها از فشار Distention رها گردد.

۳- باید قبل از عملیات مایعات والکترولیت های مریض تنظیم گردد.

٤- باید Distention مثانه توسط تثبیت Foley Catheter از بین برده شود.

۵- اگر مریض کم خون باشد باید قبل از عملیات خون برایش داده شود. (البته این حالت بسیار نادر است.)

٦- قبل از عملیات بصورت وقایوی خصوصاً در حالاتیکه مریض در لوحهء Septic shock باشد انتی بیوتیکهای قوی به شکل زرقی استعمال گردد.

۷- مریضانیکه از یک سو در لوحهء شاك باشد و از سوئی دیگر آفات قلبی داشته باشد باید در وقت دادن مایعات از دقت زیاد کار گرفته شود یعنی بصورت منظم Urine out put، Central-Venous Pressure آن اندازه شده واز روی آن اندازه مایعات ایکه بمریض داده می شود تنظیم گردد. در صورتیکه فشار ورید مرکزی از 20cm H2O بالا باشد اولین علامهء تزاید حجم مایعات است.

۸- در حالاتیکه مریض در لوحهء Septic Shock باشد باید مایعات، پلازما، خون و Acid base balance مریض اصلاح و تنظیم گردد، همچنان فعالیت عضلات اوعیهء محیطی مریض باید اعاده گردد که برای این منظور بمریض بیك دوز بسیار بلند Steroides داده شود مثلاً روزانه Hydrocortison 5gr به اساس يك میکانیزم. نا معلوم اکثراً عضلات جدار اوعیه محیطی که در حالت فلج قرار دارد دوباره فعال میگردد.

۹- درمریضانیکه آفات قلبی دارد و فشار ورید مرکزی ان از حالت نورمال بسیار بالا رفته باشد باید توسط Rapid Digitalization اصلاح ساخته شود.

استطباب عملیات:

راجع به اینکه کدام مریض عملیات کدام مریض عملیات نشود فقط وفقط به تجربه و قضاوت جراح مربوط است . مثلاً در صورتیکه Diverticulitis تثقب کرده باشد عوض اینکه مریض عملیات گردد بهتر خواهد بود که مریض از 12-4 ساعت تحت مراقبت جدی قرار داده شود امکان دارد دراین مدت انتان محدود و تحت کنترول آورده شود .اما در حالاتیکه معده و یا اثناعشر تثقب نموده باشد باید فوراً به Laparatomy اقدام شود . اما اگر همین مریض بعد از 36 ساعت به شفاخانه مراجعه نموده باشده وانتان خوب Localize شده باشد بهتر خواهد بود که از طریقهء غیر عملیاتی 'Ochsner استفاده شود. همچنان پریتونیت که بعد از Gonococcus Salpangitis بوجود آمده باشد به عملیات هیچ ضرورت نیست باید توسط انتی بیوتیك تداوی گردد.

:Laparatomy

وقتیکه در یك مریض پریتونیت Laparatomy اجرا گردید باید نقاط آتی در نظر گرفته شود:

۱- باید منبع انتان یا دور شود یا دوخته شود و یا اینکه دریناژ گردد.

۲- در امعا و دیگر احشای بطن باید بسیار دست زده نشود.

۳- باید تا حد امکان کوشش شود که امعا از جوف پریتوان بیرون کشیده نشود.

٤- باید Lavage جوف پریتوان اجرا نگردد.

٥- در صورتیکه در بعضی قسمت های جوف پریتوان بصورت کتلوی قیح و مواد غایطه موجود باشد باید Irrigation قسمت های مذکور اجرا گردد و اگر در تمام جوف بطن قیح و مواد غایطه بصورت منتشر دیده شود در آن صورت لواژ جوف پریتوان اسطباب دارد.

٦- انداختن انتی بیوتیـك در جوف پریتوان چندان رول ندارد زیرا از طریق دوران به بسیار آسانی به آن رسیده میتواند بعضاً انداختن Neomycin بدوز بلند در جوف بطن مثل Curare تاثیر کرده و سبب فلج حرکات تنفسی میشود.

٧- اگر اپندکس تثقب نموده باشد باید حتماً Appendectomy اجرا گردد.

٨- اگر کولون تثقب نموده باشد و مریض قبل از 6 ساعت مراجعه نموده باشد وجوف پریتوان بسیار زیاد ملوث نشده باشد بهتر خواهد بود تثقب دوخته شود واگر بعد از 6 ساعت مراجعه نموده باشد حتماً Colostomy اجرا گردد.

٩- اگرامعای رقیقه و یا اثناًعشر تثقب نموده باشد خیاطه گذاشته شده و یك پارچه Omentum بالای ساحه دوخته شده تثبیت گردد.

١٠- اگر ابسی در جوف پریتوان موجود باشد باید درنیاژ گردد.

استطباب گذاشتن درن درجوف پریتوان:

١- در صورتیکه پریتونیت موضعی وخیم بوده و التصاقات تا هنوز بوجود نیامده باشد.

۲- در صورتیکه Intraperitoneal ابسی موجود باشد بعد از دریناژ آن درن گذاشته شود.

در صورتیکه خطر داخل شدن مایعات غیر طبیعی بجوف پریتوان موجود باشد مثلاً بعد از عملیات جراحی طرق صفراوی، جروحات کبدی و .Pancreatitis

٤- در صورتیکه خطر لیك شدن و یا کندن کوك های طرق معدی معای موجود باشد.

٥- در حالات عملیات ابسی های خلف پریتوان و هیماتوم خلف پریتوان که مداخله جراحی از طریق جوف بطن صورت گرفته باشد.

بعضی اشکال خصوصی پریتونیت:

اشکال خصوصی پریتونیت بسیار زیاد است. مثل Tuberculous Peritonitis، Hemoperitonitis, Aseptic Peritonitis, Chylous Peritonitis Billiary Peritonitis, Pneumo Peritonitis وغیره که ما در اینجا از آن بحث نمینمایم و از جمله صرف Taberculous Peritonitis که در مملکت ما بسیار زیاد دیده میشود بصورت بسیار مختصر از آن یاد آور میشویم.

Tuberculous Peritonitis:

یك شکل پریتونیت مزمن بوده در مملکت ما بسیار عمومیت دارد خصوصاً در اطفالیکه از 5-2 سال عمر دارند زیاد دیده میشود. همچنان آفت در زنها نسبت بمرد ها زیاد دیده می شود. خصوصاً در دختران جوان آفت بسیار عمومیت دارد.

منبع انتان:

انتان از طریق دموی، لمفاوی، جهاز تاسلی و از طریق مجاورت به پریتوان میرسد. مثلاً قسمت های که با پریتوان مجاورت نزدیك دارد مستقیماً به پریتوان میرسد که مثال خوب آن توبرکلوز عقدات لمفاوی، ریچر ابسی توبرکلوز یك عقدات لمفاوی، توبرکلوزیك Enteritis، توبرکلوزیك Salpangitis، توبرکلوز یك Appendicitis، توبرکلوزیك Colitis، توبرکلوزیك Pyelonephritis و بالآخره ابسه توبرکلوزیك عضله Psoas می باشد.

پتالوژی:

آفت توبرکلوزیك در پریتوان مثل احشای بطن سیر نموده میتواند یا اینکه آفت بصورت granule ها بالای سطح پریتوان پیدا شده که در اینصورت سبب تولید Exudate مایع انصبابی یا مایع Serofibrinous در تمام جوف پریتوان میگردد که این شکل TB پریتوان بنام شکل انصبابی یا شکل Ascitic یاد می شود. مایع مذکور رنگ زرد یا نصواری داشته که بعد از Aspiration زود علقه میگردد، در این شکل TB در سطح پریتوان Tubercles به شکل granule ها مشاهده میرسد. یا اینکه آفت به شکل خراجات بارد یا سرد در نواحی مختلف پریتوان به حجم های مختلف تأسس می کند که در بین خراجات مذکور مایع تقیحی تجبنی موجود بوده احشای بطن را به یك دیگر التصاق میدهد که این شکل TB پریتوان را بنام Ulcerocaseuse یاد می نماید. شکل دیگر آن که بصورت

تصلبی وفبروتیك سیر مینماید و سبب التصاقات بسیار سخت که جدا کردن آن مشکل است بین تمام احشای بطن گردیده و اکثراً سبب انسداد امعا می شود که این شکل را بنام Fibroadhesive یاد مینمایند.

در شکل Ascitic یك اندازه مایع در جوف بطن تولید می شود و در شکل Ulcerocaseuse کتلات Caseuse یا تجبنی بوجود آمده و در بین هر کتله یك اندازه مایع تجبنی موجود میباشد این شکل امعا را با امعا، و امعا را با جدار بطن و یا اینکه امعا را با ثرب التصاق میدهد.

در شکل Fibroadhesive که سبب تشکل بندل های لیفی بسیار سخت می گردد که این بندل های لیفی یا Bride به شکل شریط های بسیار محکم و سخت بوده که از مساریقه و یا امعا منشأ گرفته و بجدار بطن التصاق می کند و زمینه را برای انسداد امعا بسیار مساعد می سازد.

مطالعه سریری مرض:

۱- شکل Ascitic:

زیاده تر در نزد دختران جوان دیده می شود شروع مرض مانند آفات توبرکلوزیك مترافق با لاغری، تب های شبانه، عرق شبانه، و خسافت بوده اعراض هضمی مانند دلبدی و بعضاً استفراغ بملاحظه میرسد که در ظرف چند هفته مایع در جوف پریتوان زیاد گردیده بطن محجم و مدور می شود، جلد بطن کش شده و شفاف می شود، با قرع

اصمیت در تمام بطن موجود است. اگر بذل اجرا گردد یك مایع زرد لیمویی از بطن خارج میشود که از پروتین و فبرین غنی بوده که بزودی تحثر می کند، اگر این مایع در کو بای زرق گردد مثبت بوده اما در وسطه زرعیه به مشکل میروید. در معاینهء مستقیم نتیجه منفی است.

۲- شکل Ulcerocaseuse

در این شکل اعراض سریری بسیار واضع است. مریض بزودی لاغر Cashectic شده بی اشتهایی، دلبدی و استفراقات موجود میباشد. درد های بطنی منتشر بوده و مترافق با اسهالات و قبضیت می باشد. بطن محجم گردیده در بعضی نواحي آن اصمیت زیاد میباشد. با جس کتلات تومورال بدست میخورد.

سیر این مرض بطرف تقرحات و فستول های امعا پیش رفته و اگر بطرف جلد باز گردد فستول های غایطی یا Stercolar را می سازد.

۳- شکل Fibroadhesive:

نادراً بصورت ابتدائی بوجود میآید و عموماً دو سیر شکل فوق بصورت اختلاط پیدا می شود. در این شکل بطن هموار و کش شده بوده، التصاقات و Bride های سخت جدار بطن را با امعا و مسارقه وصل کرده می باشد. بعضاً این Bride ها بالای ورید اجوف سفلی و شعبات آن فشار اورده اذیمای اطراف سفلي تولید میگردد و بعضاً

بحث مینمائیم.

2- سپارم عضلات جدار بطن:

سپازم و شخی عضلات جدار بطن توسط عوامل مختلف بوجود میآید که دانستن این عوامل برای جراح خیلی ضروری است در غیر آن جراح در تشخیص وقایع عاجل وغیر عاجل دچار مشکلات خواهد گردید. برای اینکه سپازم و شخی عضلات جدار بطن را خوب بدانیم مطالعهء نقاط ذیل ضرور است:

۱- شخی عضلات جدار بطن که منشاء دماغی و مرکزی دارد:

بعضاً دیده می شود که عضلات جدار بطن کاملاً سالم بوده و هیچ آفتی در آن دیده نمیشود لاکن باوجود صحت بودن آن فوق العاده متشنج و سپاستیك میباشد که در این قسم حالات آفت اصلاً در دماغ موجود میباشد که این آفت بصورت عمومی بدو قسم میباشد: یکی عضوي(Organic) که مثال خوب آنSpastic Paraplegia بوده و دیگر شکل روحی (Psychogenic) که مثال خوب آن Psychoneurosis است.

۲- شخی عضلات جدار بطن که منشاء نخاعی دارد:

در اینجا سبب تشنج و سپارم عضلات جدار بطن تخریش حجرات حبل نخاع میباشد. که مثال خوب آن Tabis Dorsalis میباشد.

۳- شخی عضلات جدار بطن که سبب آن آفات تنه عصب صدری میباشد. در اینجا عضلات جدار بطن کاملاً سالم است اما آفات تنهء عصب صدری سبب شخی و سپارم آن میشود که مثال خوب آن

بالای قنات Choledoch فشار آورده سبب یرقان میگردد و اگر بالای امعای رقیقه ویا غلیظه فشار بیاورد سبب انسداد میگردد یا اینکه عروه معایی از آن تاب خورده انسداد را به وجود میآورد.

تداوی:

عموماً نظر چنین است که تا پریتونیت توبرکلوزیك دچار اختلاط نشده از مداخله جراحی اجتناب شود.

تداوی طبی:

عبارت از دادن ادویه Streptomycin ,P.A.S, I.N.H و دیگر ادویه های که فعلاً مورد استعمال میباشد بوده که مدت تداوی و دور ادویه در تداوی داخلی اهمیت خاص دارد. در اینجا از تداوی داخلی بحث نمی کنیم زیرا در مضمون داخله آنرا به طور مفصل مطالعه می نمائید.

تداوی جراحی:

صرف در حالاتیکه پریتونیت توبرکلوزیك سبب اختلاط شده باشد استطباب مداخله جراحی موجود است مثلاً انسداد، تثقب، فشار بالای ورید اجوف سفلی، فشار بالای قنات Choledoch وغیره و در غیر آن فقط از تداوی داخلی استفاده می شود.

مــــرى

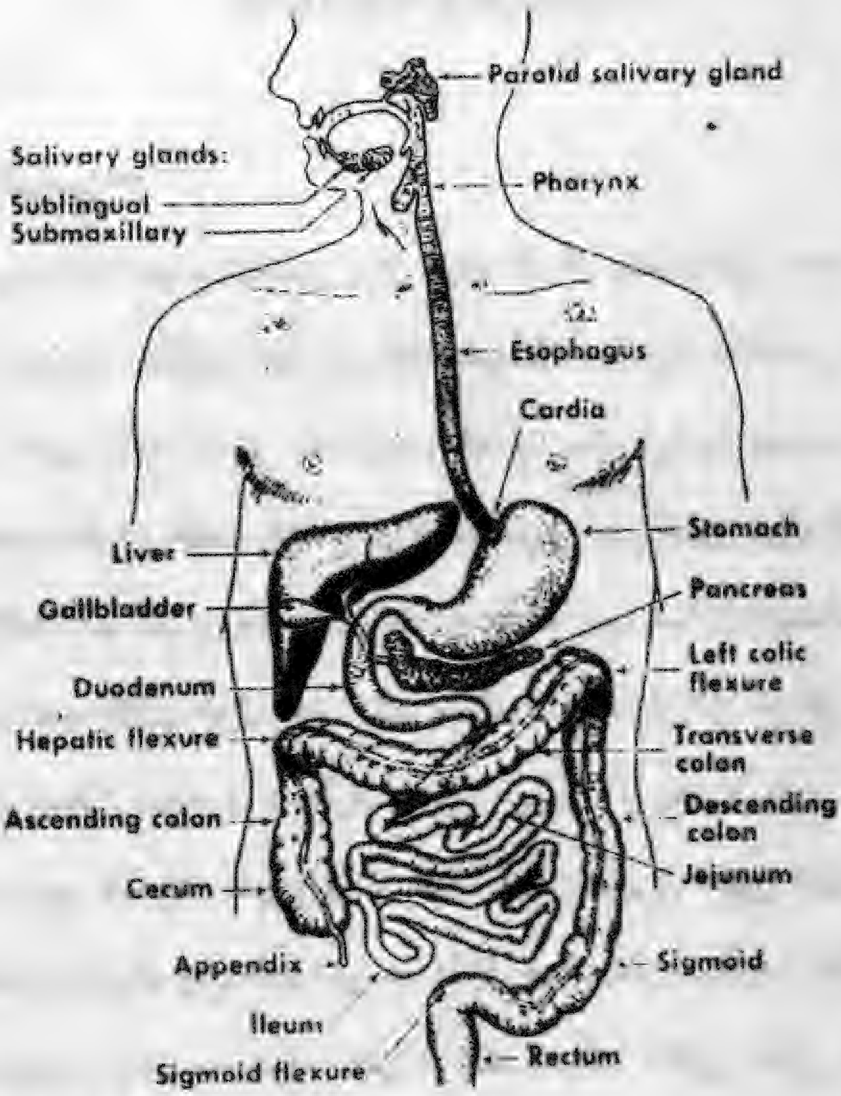
OESOPHAGUS

اناتومي:-

مری یك تیوب عضلی دراز بوده که از بلعوم الی معده امتداد دارد مری در حذائی عنق در خط متوسط موقعیت داشته و فقط در عقب شزن واقع است. اما زمان که به صدر پائین میشود آهسته ، آهسته به طرف خلف رفعه و از عقب قوس ابهر عبور مینماید که در این اثناء کم کم از خط متوسط به طرف چپ میلان مینماید. و از عقب شعبه کلان طرف چپ شزن میگذرد. بعد از آن کم کم به طرف راست میلان نموده و به طرف پائین میرود. و بعد دوباره به شدت طرف چپ انحراف نموده و از قدام ابهر صدری عبور مینماید. و بالاخره از طرف چپ خط متوسط داخل جوف بطن میگردد .شکل (۲)

مری از صدر به جوف بطن از یك مسافه حلقوی خالی عضلات حجاب حاجز که بنام Esophagial Hiatus یاد میگردد ، داخل بطن میشود. وقتی که مری از صدر به جوف بطن داخل گردید به معده وصل میگردد. مگر اینرا باید علاوه نمائیم که سرحد مطلق اتصال مری و معده درست تعین شده نمیتواند. بلکه یك سرحد یا یك ساحه

شکل ۲



Alimentary tube and its appendages.

در آن جاموجود است که مری با معده وصل میشود. که این ساحه بنام فوأد یا Cardia و یا ساحهء اتصال مری معدوی یاد میگردد. این ساحه بعضی نام های دیگر هم دارد مثل Phrenic Ampula ، نهایت سفلی مری، نهایت علوی معده وغیره.

طوریکه قبلاً گفته شد مری در جـوف بطن با معده اتـصال مینماید و قبل از اتصال یك اندازه در جوف بطن سیر نیز مینماید در خدای Esophagial hiatus مری توسط 3 عنصر عمده تقویه گردیده است که عبارت انداز:-

a- آن الیاف عضلی قوی حجاب حاجز یعنی Crus طرف چپ حجاب حاجز که بعد از تقویه کردن طرف چپ فوحه Esophagial hiatus یك تعداد الیاف آن از طرف چپ نشئت کرده بعد از عبور از خلف مری به کنار راست Hiatus ارتکاز مینماید که به این صورت Crus طرف چپ حجاب حاجز در تقویه و تشکل این فوحه رول بزرگ دارد.

b- Phreno esophagial lig (غشای Esophagial) که از تمادی یك تعداد الیاف Transversalis Fascia جدار بطن ساخته شده که از این Lig تقریباً 2cm یا 3cm بالاتر از محل اتصال مری معدوی بالای مری ارتکاز کرده و به این ترتیب مری توسط این رباط بسیار تقویه و محکم شده است.

c- یك تعدادالیاف پلوراء از بالای حجاب حاجز و یك تعداد الیاف

پریتوان از تحت حجاب حاجز نشئت کرده و بالای مری ارتکاز نموده از این رو الیاف پریتوان و پلوراء نیز در قسمت تقویهء مری سهم بارز دارند.

جدار مری از دو طبقه الیاف عضلی حلقوی داخلی و الیاف عضلی طولانی خارجی ساخته شده که طبقه Cerosa ندارد. غشائی مخاطی آن توسط Squamosa اپیتلیوم پوش گردیده عضلات مری توسط عصب Vagus و Sympathetic تعصیب شده است.

فزیولوژی:-

وظیفه اساسی مری جلوگیری از Gastro esophagial reflux و رسانیدن مواد غذائی از بلعوم به معده میباشد. که برای انجام دادن این وظیفه در هر دو نهایت مری یك میکانیزم تنظیم کننده موجود است در قسمت علومی به امتداد 3cm یك ساحه وجود دارد که فشار بلند دارد که این ساحه عبارت از معصرهء مری بلعوی (Pharyngo esophagial Sphincter) میباشد. در وقت act بلع فشار بلعوم بالا میرود و فشار معصره پائین میگردد که در نتیجه آن مواد غذائی از بلعوم داخل مری میگردد که بعداً توسط حرکات Pre-staltic مری تا معده میرسد. در قسمت سفلی مری هم یك ساحه که از 3-5cm طول دارد دارای فشار بلند است که این ساحه در حذائی فوحه Hiatus قرار دارد. از معده به مری توسط یك میکانیزم خاص از بالا رفتن محتوی معده جلوگیری میشود و یك تعداد فکتور های

دیگر هم موجود است که در زمینه کمک مینماید. مثلاً داخل شدن مری به معده به شکل یک زاویه Oblique، موجودیت حجاب حاجز وغیره، مگر توسط یک تعداد تجارب ثابت گردیده که اگر فکتور های فوق تمام شان از بین برده شود باز هم Reflux صورت نمیگیرد. که در این صورت حکم کرده میتوانیم که در نهایت سفلی مری یک معصره فزیولوژیک موجود است. که از بالا رفتن محتوی معدوی جلوگیری مینماید. و زمانی که این معصره فزیولوژیک مری توسط بعضی آفات مرضی و یا ذریعه عملیه، جراحی تخریب و یا کشیده شود وظیفه فوق مختل گردیده و محتوی معده طرف مری بالا رفته میتواند. حرکات استداری مری توسط عصب Vagus و اعصاب Sympathetic تنظیم میگردد. زیرا بعد از قطع کردن عصب Vagus حرکات Presthaltic مری تناقص مینماید. اما این را هم باید بگوئیم که برای تنظیم حرکات Presthaltic مری در پهلوی عصب Vagus کدام میکانیزم Autonomic دیگر هم موجود است که تا حال تحت تحقیق قرار دارد.

تشوشات تحرکیت و مقویت مری:-

تشوشات تحرکیت مری به صورت عموم بدو گروپ جدا گردیده است.

1- تناقص حرکات مری Hypomotility:-

که مثال برجسته آن Spasm منتشر مری میباشد که بعضاً با زیاد بودن فشار معصره، بلعومی یکجا و بعضاً به صورت تنهائی برجود میآید.

Achalasia یا Hypomotility:-

بنام Cardio spasm نیز یاد میگردد در این مرض مری حرکات نارمل Prestaltic خود را از دست داده میباشد همچنان معصره فزیولوژیك نهایت سفلی مری عوض اینکه در مقابل act بلع سست گردد برعکس سست نشده و Spastic باقی میماند.

اتیولوژی:

Etiology این مرض تا حال خوب دانسته نشده و از طرف مؤلفین عوامل مختلف ذکر گردیده مگر فعلاً اکثر مؤلفین به این عقیده اند که این آفت منشاء عصبی دارد و در معاینات Biopsy ثابت شده است. که در دو ثلث مریضان فوق حجرات Ganglionic ضفیره Awer bakh از بین رفته میباشد که سبب آن Avitaminosis، انتانات، ویروس ها، باکتری ها و پرازیت ها فکر میشود.

مگر عده دیگر مؤلفین چنین عقیده دارند که امکان دارد سبب این مرض آفات نوه عصب Vagus و یا خود عصب Vagus بوده باشد چنانچه این مؤلفین بالای سگها و پشك ها آفات نوه عصب Vagus و خود عصب Vagus را به صورت تجربوی تولید نموده که در نتیجه آن اعراض فوق بوجود آمده است.

اعراض وعلایم سریری:

این آفت در هر عمر بوجود آمده میتواند مگر در بین سن 50-30 سالگی عمومیت زیاد دارد و اقعات این مرض در مردها نسبت به زن

ها زیاد میباشد عرض اولی و ثابت این مرض این است که مریض مواد غذائی و آب را بلع کرده نمیتواند. در شروع مرض امکان دارد مشکلات بلع متقطع بوده و در مقابل مواد غذائی سرد نسبت به گرم بیشتر باشد همچنان مشکلات فوق در مقابل مواد غذائی مایع کمتر و در مقابل مواد غذائی جامد زیاد باشد لاکن در مراحل پیشرفته مرض در مقابل تمام مواد غذائی یکسان و بسیار شدید میگردد درد بسیار نادر بوده و عموماً در شروع مرض دیده میشود لاکن زمانیکه مرض بسیار پیشرفت نماید و مری متوسع گردد درد اکثراً دیده نمیشود. عرض دوم دوباره پس آمدن یا رجعت مواد غذائی از مری به دهن است که بالخاصه در مراحل پیشرفته مرض خصوصاً از طرف شب که مریض تخته به پشت خواب مینماید بیشتر میباشد.

معاینات رادیولوژیك:-

معاینات رادیولوژیك به تشخص مرض بسیار کومك میکند حتی در مراحل اولیه مرض در کلیشه رادیوگرافی توسع جسم مری و تنگ شدن فوأد مشاهده میگردد. در بعضی حالات وخیم اندازه، تضیق به حدی زیاد میباشد که مواد کثیفه بسیار کم به معده پائین شده میباشد Esophagoscopy و معلوم کردن وظیفه فزیولوژیك مری نیز با تشخیص کومك مینماید.

تداوی:-

چون ایتولوژی مرض معلوم نیست از اینرو کدام تداوی سببی

ندارد. رژیم غذائی و تطبق ادویه کدام نتیجه نمیدهد. چون میدانیم که در این مرض تضیق و بندش قسمت سفلی مری از سبب spasm عضلات جدار قسمت سفلی مری بوجود آمده و هیچ قسم دواء و حتی Spasm, Denervation و تضیق مذکور را از بین برده نمی تواند. از اینرو یگانه تداوی این آفت این است که تضیق نهایت سفلی مری را از بین ببریم که برای اجراء این مطلب از مداخله جراحی و Dilatation استفاده مینمائیم.

در Dilatation این قسمت میتوانیم Pneumatic, hydrostatic و یا از Dilator استفاده نمائیم. عملیه توسع خوب نتیجه میدهد و اگر برای دو سه بار اجراء گردد تضیق نهایت سفلی مری از بین میرود. عملیه توسع مری بعضاً سبب تثقب میگردد از اینرو وقت زیاد را ایجاب مینماید برای ازبین بردن تضیق بعضی عملیه های دیگر از قبیل Excision, Denervation و عملیه By passing نیز اجراء میگردد. که فعلاً صرف اهمیت تاریخی دارد و بس.

عملیه جراحی که فعلا اجراء میگردد عبارت از Cardiomyotomy است (قطع الیاف عضلی قسمت متضیق) این عملیه یك عملیه آسان و ساده است که برای تداوی این مرض اهمیت خاص دارد توسط یك شق طولانی که به تمام امتداد قسمت متضیق اجرا میگردد و شق مذکور عمیق برده میشود تا تمام الیاف عضلی قطع و غشائی مخاطی مری نمایان گردد تا به این ترتیب نهایت سفلي مری از Spasm الیاف

عضلی مذکور رهائی یابد.

2- Hyper Motility :-

ایتولوژی آن معلوم نیست بعضی ها فکر میکردند که امکان دارد این مرحله مقدم Achalasiaباشد مگر حال ثابت شده که این مرض با Achalasia هیچ ارتباط ندارد.

اعراض وعلایم:-

از جمله اوصاف مهم و خاص این مرض درد و مشکلات بلع میباشد درد بعضاً بسیار خفیف و حتی در بعضی حالات صرف یك قسم ناراحتی نهایت سفلی مری موجود میباشد. اما در بعضی حالات درد فوق العاده شدید میباشد که بالا به طرف عنق، شانه ها و دست ها انتشار مینماید. و تقریباً به درد های قلبی شباهت میداشته باشد این درد بعضاً توسط غذاء تحریك میشود و بعضاً بدون خوردن غذاء هم پیدا میشود در بعضی حالات مریض در حالت خواب میباشد که توسط درد فوق از خواب بیدار میگردد مریض فوق العاده عصبی نیز میباشد از اینرو بعضاً با مریضان Neurosis مغالطه میشود.

معاینات رادیولوژیك:-

در معاینات رادیولوژیك دیده میشود که در قسمت سفلی مری چندین قسمت متضیق و متوسع موجود است حتی بعضاً رتج های کاذب دیده شده میتواند. بر خلاف Achalasia که در آن صرف نهایت سفلی مری متضیق دیگر تمام قسمت های بالاتر از تضیق

Pleurisy و انتانات قفس صدری است.

٤- شخی عضلات جدار بطن که به صورت عکسوی بوجود می آید.

در اینجا نیز عضلات جدار بطن کاملاً سالم است لاکن زمانیکه پریتوان توسط انتانات و یا اجسام اجنبی تخریش گردد بصورت عکسوی عضلات جدار بطن سخت و سپاستیك می گردد.

٥- شخی عضلات جداربطن در اثر ترضیضات و انتانات عضلات جدار بطن:

تنها در اینجا شخی و سپازم مربوط به آفات خود عضلات بوده و از سبب ترضیضات و انتانات عضلات جدار بطن عضلات مذکور متشنج و سپاستیك میگردد.

3- هیماتوم شیت عضلهء رکتوس:

منشاء این آفت شریان و ورید Epigastic میباشد این هیماتوم در هر قسمت شیت عضلهء رکتوس بوجود آمده میتواند لاکن پائینتر از سره بسیار عمومیت دارد همچنان در زنهای حامله سه مرتبه بیشتر دیده می شود.

اتیولوژی:

١- ترضیضات جدار بطن:

ترضیضات جدار بطن چه مستقیم باشد (اثابت ضربه بالای جدار بطن) وچه غیر مستقیم باشد (حاملگي، حبن وغیره) میتواند بعضی شعبات ورید و یا شریان Epigastric علوی ویا سفلی را ماؤف نموده و سبب نزف گردد که بعد نزف مذکور خون تحت شیت عضلهء رکتوس

بسم الله الرحمن الرحیم

مقدمه

سپاس بی حد آن خدای را که به من توفیق عنایت فرمود تا در چنین شرایط دشوار و نا به سامان توانستم برای دوکتوران جوان و محصلین محترم لکچرنوت های اساسات جراحی بطنی جلد اول را از کتب بسیار معتبر خارجی و داخلی تهیه نموده و بد دست رس محصلین جوان گذاشتم و درین کتاب به اندازهء آخر کوشش شده که فقط از موضوعات اساسی و بنیادی که اساس طب و طبابت را تشکیل میدهد بحث شود و از موضوعات تکنیك عملیات و میتودهای آن یا هیچ ذکر نه شده و یا اینکه صرف چند نقطهء دربارهء آن یاد آور شده ام زیرا چنین موضوعات از یك سو مسلکی بوده، و از سوئی دیگر جنبهء عملی دارد و دانستن آن در دروس نظری فقط درد سر برای محصل گردیده و استفاده درست کرده نمیتواند. ازینرو بحث زیاد در مورد آن به نفع محصل نمیباشد. از طرف دیگر درین کتاب کوشش زیاد شده تا موضوعات به صورت عادی و روان تحریر گردد تا خواننده های محترم چیزی را که میخوانند باید مفهوم انرا اخذ نماید. مگر با آن هم اگر خواننده گان محترم غلطی های علمی و کمبودی های را درین کتاب پیدا میکنند از روی لطف و مرحمت خویش به آدرس اینجانب در پوهنتون امهات المومنین اطلاع بدهد تا در طبع ثانی اصلاح گردد.

موضوع کتب درسی که نیازمندی هر دیپارتمنت را بر آورده سازد

منظمهٔ خواهران سلطان افغانستان

پوهنتون امهات المؤمنین

(۳۳)

اساسات

جراحی بطنی

(جلد اول)

مؤلف: پوهاند پوهنوال دوکتور شیرزاد یعقوبی

سال چاپ: سنبله ۱۳۷۶

یکی از پرابلم های عمده پوهنتون های افغانستان است چه تقریباً همه کتاب خانه ها طعمه، حریق گردیده اثار و دست آوردهای مهم علمی در کتاب خانه ها به خاك و خاکستر مبدل گردیده اند. بنا بر آن پوهنتون امهات المؤمنین با درك این مشکل اساسی سعی می ورزد تا کتاب های درسی را مطابق ایجابات وقت و زمان و مطابق خواسته های جامعه، اسلامی تهیه نموده و درین راه از استادان با تجربه، علمی طلب همکاری مینماید تا این نقیصه تا اندازه، لازم رفع گردیده جوانان ما از تعلیم و تربیه، ایکه جامعه، اسلامی ما نیازمند آن است بر خوردار گردند. روی این هدف لکچرنوت های اساسات جراحی بطنی جلد اول ترتیب و به زیور چاپ آراسته گردید. امید است طبع این بخش جراحی مشکلات محصلین را تا یك اندازه مرفوع سازد.

پوهنتون امهات المؤمنین و خصوصاً شخص مسئول پوهنتون محترم فضل الرحمن منهاج میکوشد تا با یاری خداوند یکتا در آینده، نزدیك بخش های دیگر جراحی را نیز چاپ نماید و به این وسیله مصدر خدمت به ملت افغانستان گردد.

پوهاند دوکتور شیرزاد یعقوبی

پیشگفتار

بنام توانای لایزال

سپاس بیحد آن خدای را که بمن توفیق عنایت فرمود تا در چنین شرایط دشوار و نا بسامان مصدر خدمتی به هم میهنان، بخصوص محصلان طب کشور گردم و کتاب حاضر را تهیه، ترتیب و تحریر نمایم.

گرچه در مجموع کتب درسی به السنه، ملی ما آنقدر زیاد نیستند و نبوده اند باز هم استادان گرانقدر ما بحد توان و امکانات خویش در گذشته سعی بلیغ بخرچ داده و کتبی تحریر و بدسترس علاقمندان قرار داده بودند اما از بخت بد، هیولای جنگ همانگونه که همه هست و نیست مردم ما را بکام خود فرو بُرد مؤسسات تحصیلات عالی کشور را نیز مصؤن نماند و متأسفانه اکثریت کتب درسی در پهلوی سایر دارائی های عامه تلف شدند و ضرورت به آنها بیشتر از پیش گردید.

اکنون که با یاری و مرحمت ایزد متعال زمینه های مساعد و امکاناتی جهت تدریس بهتر به محصلان طب کشور فراهم گردیده است اینجانب نیز با اغتنام فرصت کتاب درسی لکچرنوت های اساسات جراحی بطنی جلد اول را مطابق کریکولم درسی انستیتوت طب با استفاده از جدید ترین مآخذیکه در دسترس بودند تحریر و تقدیم میدارم امید است که مورد استفاده، علاقمندان قرار بگیرد.

از استادان معظم و سایر خوانندگان کتاب خواهشمندم تا اگر اغلاط و اشتباهات مرا در کتاب دریابند بکمال بزرگواری تصحیح و بمن منت گذارند.

لازم به تذکر میدانم که: از همه منسوبین گرانمایه، تنظیم خواهران مسلمان افغانستان، بخصوص از توجهات خاص برادر محترم فضل الرحمن منهاج رئیس پوهنتون امهات المؤمنین و برادر گرامی انجنیر حبیب الرحمن که در قسمت طبع کتاب،داشته اند اظهار سپاس و قدر دانی نمایم.

ومن الله توفیق

پوهاند دوکتور شیرزاد یعقوبی
حمل ۱۳۷۶هـ ش ۱۹۹۷م

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمه ناشر

پوهنتون امهات المؤمنین در سال (۱۹۸۹/ ۱۹۹۰) توسط تنظیم خواهران مسلمان افغانستان تأسیس و هدفی جز گسترش دانش عالی در پرتو ارزش های اسلامی و تربیه کادر های علمی برای طبقه نسوان ندارد. محصلان مطابق نورم معمول پوهنتونی پذیرفته میشوند و سرگرم تحصیل در رشته های طب، شرعیات، تعلیم و تربیه، ادبیات و سائنس میباشند که نمایانگر و مودل تحصیلات عالی زنان در جامعه اسلامی پنداشته میشوند.

اکثریت کادر تدریسی آنها را زنان تحصیلکرده در رشته های مربوط تشکیل میدهد و نیز از استادان و پوهاندان دارای تجارب علمی بحیث مشاورین استفاده میگردد، و لذا اکنون از نگاه کمیت و کیفیت نصاب تعلیمی، پلان و پروگرامهای آن با پوهنتونهای دول اسلامی معاصر معادلت دارد.

موضوع کتب درسی که نیازمندی هر دیپارتمنت را بر آورده سازد، یکی از پرابلم های عمده پوهنتونهای افغانستان است چه تقریباً همه کتابخانه ها طعمه حریق گردیده، آثار و دست آورد های مهم علمی در کتابخانه ها بخاک و خاکستر مبدل گردیده اند. بنابران پوهنتون امهات المؤمنین با درک این مشکل اساسی سعی میورزد تا کتابهای درسی را مطابق ایجابات وقت و زمان و مطابق خواست های جامعه اسلامی ما تهیه نموده و در این راه از استادان با تجربه علمی طلب همکاری مینماید تا این نقیصه تا اندازه، لازم رفع گردیده و جوانان ما از تعلیم و تربیه ایکه جامعه اسلامی ما نیازمند آن است بر خوردار گردند.

روی این هدف کتاب درسی «اساسات جراحی بطنی» که توسط پوهاند شیرزاد «یعقوبی» مطابق مفردات پلان درسی تثبیت شده از طرف دیپارتمنت جراحی تألیف گردیده بزیور چاپ آراسته گردید.

با افزودن این کتاب پر محتوی علمی در سلسله، دیگر کتب علمی و معلوماتی ایکه تا حال توسط تنظیم خواهران مسلمان افغانستان و پوهنتون أمهات المؤمنین بچاپ رسیده، ما امیدواریم ضرورت محصلین پوهنحی های طب کشور به این کتاب «اساسات جراحی بطنی» مرفوع گردیده و از آن استفاده نمایند.

پوهنتون أمهات المؤمنین میکوشد تا با یاری خداوند یکتا در آینده، نزدیك اجزاء دیگر نیز به این سلسله کتب علمی تدریسی افزوده و مصدر خدمت به ملت مسلمان افغانستان گردد.

پوهاند فضل الرحمن «منهاج»
رئیس پوهنتون أمهات المؤمنین

تنظیم خواهران مسلمان افغانستان
پوهنتون امهات المؤمنین

۲۳

لکچر نوت اساسات

جراحی بطنی

جلد اول

مؤلف:
پوهاند دوکتور شیرزاد یعقوبی

سال: 1376هـ،ش 1997م

مشخصات

نام کتاب : لکچر نوت اساسات جراحی بطنی جلداول

مؤلف : پوهاند دوکتور شیزاد «یعقوبی»

ناشر : پوهنتون امهات المؤمنین

طبع و کمپوز : مرکز صبور لیزر کمپوزنگ
گل حاجی پلازه ارباب رود - تیلفون ۴۵۳۱۸

سال طبع : حمل ۱۳۷۶ هـ ش - اپریل ۱۹۹۷م

بسم الله الرحمن الرحيم

اهدا

این کتاب به جوانانی اهدا میگردد که از هر
گونه تبعیض نژادی، مذهبی، قومی و
منطقوی نفرت داشته و خواهان پیاده
شدن شریعت اسلامی و وحدت ملی اند

فهرست مندرجات

عنوان	صفحه